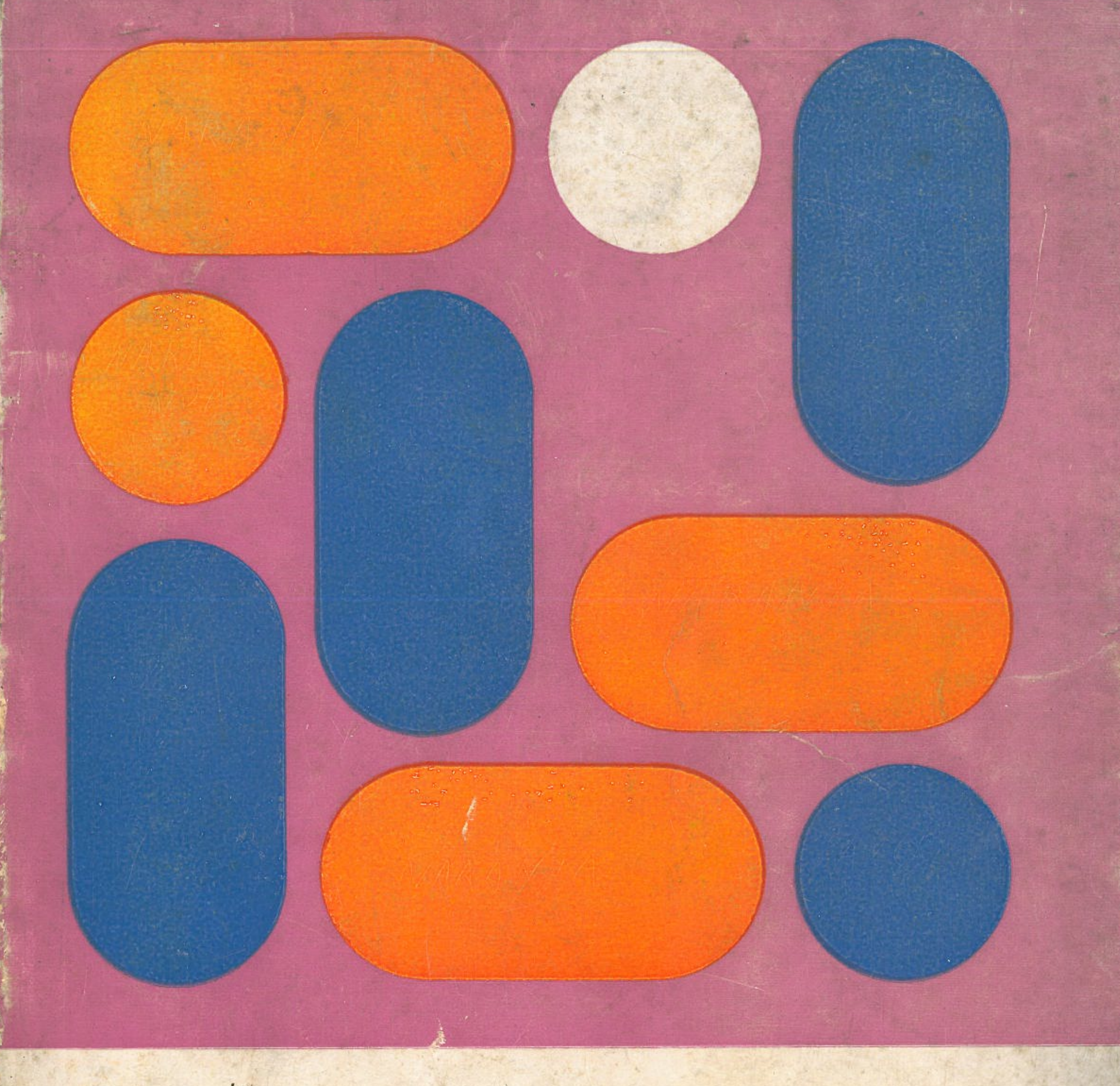


LA ADAPTACION HUTT DEL TEST GUESTALTICO DE BENDER

MAX L. HUTT

EDITORIAL GUADALUPE

BIBLIOTECA
PEDAGOGICA

Sección I: Problemática de la educación (Tomo 33)

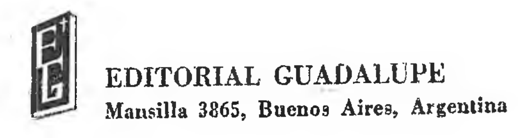
Otros títulos de la misma Sección:

ARMSTRONG ET AL., *Desarrollo y evaluación de objetivos de conducta*
BRIGGS, ET AL., *Los medios de la instrucción*
BRIGGS, L. J., *El ordenamiento de secuencia en la instrucción*
BRIGGS, L. J., *Manual para el diseño de la instrucción*
CAMPANELLE, T., *Cómo aconsejar a los padres de niños excepcionales*
CARIN/SUND, *La enseñanza de la ciencia moderna*
CHRISTINE/CHRISTINE, *Guía práctica para el currículo y la instrucción*
CLARK/KADIS, *Enseñanza humanística*
DILLON, J. T., *Educación personal*
EMMER/MILLET, *Docencia con laboratorio experimental*
FRICK, W. B., *Psicología humanística*
KLINE, LL. W., *Búsqueda personal y educación*
KOPPITZ, E., *El test Guestáltico Visomotor de Bender*
KOPPITZ, E., *El dibujo de la figura humana en los niños*
KOPPITZ, E., *Niños con dificultades de aprendizaje*
KRUMBOLTZ/KRUMBOLTZ, *Cómo cambiar la conducta del niño*
NERBOVIG, M., *Planeamiento de unidades - Un modelo de desarrollo de unidades*
OÑATIVIA, O. V., *Bases psicosociales de la educación:*
I. *Problemas y técnicas psicológicas en la educación*
II. *Psicología del desarrollo y del aprendizaje escolar*
III. *La psicología educacional en el ámbito cultural y escolar*
PIAGET, J., *Génesis de las estructuras lógicas elementales*
PIAGET, J., *Génesis del número en el niño*
PIAGET, J., *El lenguaje y el pensamiento en el niño*
PIAGET, J., *El juicio y el razonamiento en el niño*
STANT, M. A., *El niño preescolar - Actividades creadoras y materiales para juego*
TULA/LOPRETE, *Elementos para una renovación de la enseñanza media*
ZANOTTI, L. J., *Precisiones pedagógicas*

Tapa: Proyecto y realización: JORGE PETRAY y CARLOS BRAÑA

MAX L. HUTT
Profesor de la Universidad de Detroit
Consultor de Psicología Clínica

LA ADAPTACION HUTT DEL TEST GUESTALTICO DE BENDER



EDITORIAL GUADALUPE
Mansilla 3865, Buenos Aires, Argentina

LA ADAPTACION HUTT DEL TEST GUESTALTICO DE BENDER

Título del original inglés:
THE HUTT ADAPTATION OF THE BENDER-GESTALT TEST
(Second Edition)

Traducción de la 2ª ed.: MERCEDES RIANI

Expresamos nuestro agradecimiento a la Doctora Lauretta Bender y a la AMERICAN ORTHOPSYCHIATRIC ASSOCIATION, Inc., quienes permitieron la adaptación y utilización de las figuras empleadas en el Test Guestáltico de Bender. Dejamos constancia de que ni la Doctora Bender ni la American Orthopsychiatric Association asumen la responsabilidad del contenido de este libro.

PROLOGO

A partir de la publicación de la *primera edición* de esta obra, el Test Guestáltico de Bender se viene empleando para una considerable variedad de usos clínicos y de investigaciones. Muchos de los clínicos que utilizaron la primera edición elogiaron su orientación y su método, pero también ofrecieron sugerencias para mejorar sus aplicaciones prácticas y para esclarecer algunos de los resultados. De acuerdo con algunos trabajos investigativos, se ha hecho patente la necesidad de revisar los factores del Test y su definición. Otros investigadores han sugerido también que sería deseable que se agregara alguna medición global, objetiva que estuviera basada en el enfoque general que le damos en nuestro trabajo.

He tratado de utilizar, en esta revisión, la mayor cantidad posible de esas útiles sugerencias. Desde luego que me será imposible contentar a todos, pero es indudable que esta revisión se beneficiará con este esfuerzo de cooperación entre autor y lector. Mi orientación general acerca del uso del test y del diagnóstico sigue siendo aproximadamente la misma: en la evaluación proyectiva el clínico puede todavía encontrar ayuda en las mediciones objetivas, y adelantar considerablemente en exactitud gracias a la investigación creativa, pero en lo básico debe remitirse todavía a su juicio personal para establecer una evaluación del individuo particular en lo que tiene de específico. En esta tarea el clínico debe ser riguroso y crítico en sus juicios, sin que una hiperintelectualización le bloquee la formulación de hipótesis personales. En los capítulos 3 y 6 nos ocuparemos con más detalle de las complejas interacciones que se establecen entre clínico, test, paciente y teoría.

Una de las grandes cuestiones de la psicología clínica es la de los "fenómenos de comportamiento vs. fenómenos evolutivos". Mi posición es que se trata de dos caras de la misma moneda, y que

para captar los principios individuales o psicológicos del comportamiento humano es imprescindible tenerlos en cuenta a ambos. Pienso que el análisis proyectivo de los *fenómenos evolutivos*, tal como se los infiere de determinadas conductas, esclarece al menos parcialmente los estratos más profundos del individuo. Con todo, muchos de estos aspectos quizás básicos del comportamiento humano pueden ser mejor caracterizados en términos de *fenómenos abiertos de comportamiento*, que en este caso podrán también servir de punto de partida para predecir comportamientos futuros. Mi interés personal en la dinámica de la conducta me lleva, pues, a los fenómenos proyectivos como a uno de los aspectos significativos de la conducta humana. Por lo tanto, mi aproximación a las figuras de Bender estará basada —como por lo demás queda bien establecido en el presente libro— fundamentalmente en *hipótesis proyectivas*. Más adelante podremos precisar nuestro juicio sobre los méritos relativos de los datos directos de comportamiento y de los datos evolutivos, en la medida en que estos dos métodos pueden permitirnos acceder a aspectos específicos de la condición humana.

Quien compare esta segunda edición con la primera percibirá algunos cambios. Detallamos los que pueden revestir un interés especial. El capítulo 1 ha sido completamente reelaborado para brindar una perspectiva mejor sobre el test. El capítulo 2 también ha sido revisado con vistas a proporcionar un panorama más completo de los trabajos recientes relativos a la Adaptación Hutt y a otras innovaciones realizadas sobre el Test Guestáltico de Bender. También el capítulo 4 ha sido revisado, con vistas a clarificar algunos problemas que se presentan en la aplicación del test, y a revisar otros métodos de aplicación que se han revelado útiles. Pero la modificación más extensa corresponde al capítulo 5. Allí se da cuenta de nuevos logros en la investigación, destacando los más relevantes para la posición personal del autor. Se incluye además una selección y redefinición de los factores del test, y una mayor delineación de éstos. Incluyo también algunos de mis propios descubrimientos empíricos como justificación adicional para los factores que he mantenido. El capítulo 6 incorpora una corrección de las constelaciones de mi "análisis configurativo" original. El capítulo 7 es completamente nuevo, e introduce dos escalas objetivas basadas en hipótesis proyectivas; algunos de los datos se publican en este capítulo por primera vez. En cuanto a las presen-

taciones de casos correspondientes a los capítulos 8 a 12, las mantenemos tal como figuraban en la primera edición.

Hemos preparado además un *Atlas* en el que presentamos ejemplos circunstanciados de análisis de casos, en los que se han empleado todos los procedimientos proyectivos y objetivos que se indican en esta obra, junto con ejemplos de todos los métodos de evaluación (Hutt, M. L. y Gibby, R. G.: *An Atlas for the Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test*, New York, Grune and Stratton).

A los pacientes, que nos han permitido lograr la mayor parte de estas formulaciones a través de sus tests y tratamientos, y a los colegas que con su crítica constructiva y sus sugerencias han enriquecido y afinado mis conceptos y técnicas, vayan el reconocimiento y la gratitud del autor.

MAX L. HUTT

CONTENIDO

Complete la presente obra con el
FORMULARIO REVISADO PARA EL PROTOCOLO
—formularios y
juegos de láminas
editado por GUADALUPE juntamente con este libro.

INDICE DE LAMINAS

Capítulo I

APLICACIONES CLINICAS DE LA ADAPTACION HUTT DEL TEST GUESTALTICO DE BENDER

Hace unos 45 años, Wertheimer (1923) publicó sus descubrimientos acerca de las funciones guestálticas del individuo tal como se revelaban en sus respuestas a una serie de dibujos guestálticos. Básicamente estaba interesado en los aspectos teóricos de la funcionalidad guestáltica como medio de comprender los fenómenos de comportamiento y como oposición al análisis de tipo estímulo-respuesta, que en esa época prevalecía para tales fenómenos. Como Alfred Binet antes que él, aunque con diferentes premisas subyacentes, estimaba que no se podía entender con propiedad el comportamiento por medio del análisis de funciones muy simples, atómicas, y luego desde allí intentar reconstruir una imagen de la persona total a partir de esas partes aisladas. Puso más bien énfasis en el patrón total, integrado, de comportamiento a partir de la realización de actos complejos de la persona.

Los nueve dibujos del test empleado por la Dra. Bender en su estudio clínico de varios grupos psicopáticos fueron *seleccionados* de las figuras desarrolladas por Wertheimer, y *adaptados* por ella "para simplificarlos o para acentuar algún rasgo guestáltico básico" (Tolor y Schulberg, 1963). Como considerara que estas adaptaciones contenían algunos rasgos indeseables (ver cap. 2), Hutt desarrolló otro juego de figuras que le parecieron más estrechamente similares a las usadas por Wertheimer y no contenían ninguna irregularidad de diseño que pudiera influir en la respuesta. La tarea usual que se da a un sujeto consiste en reproducir estos dibujos *a pulso* y sin uso de ningún elemento mecánico de ayuda. Esta tarea aparentemente simple es mucho más compleja de lo que a primera vista podría sospecharse. Involucra *tanto* el comportamiento visual *como* el motor, no sólo en la repro-

ducción de los dibujos sino también en la percepción de ellos en la tarjeta estímulo. Y aun requiere adaptaciones visuales y motoras en la ubicación de las reproducciones sobre la o las páginas usadas por el sujeto cuando se enfrasca en la "tarea del test". En pocas palabras, el comportamiento que se descubre es un *todo integrado* y está determinado por muchos factores. Como señala Schilder en su prefacio a la monografía de Bender (1938), "Se aproxima a los problemas fundamentales de percepción y acción desde un ángulo nuevo... Muestra el interjuego continuo entre los factores sensorios y los motrices". Agrega: "...los patrones guestálticos son *experiencias* (el subrayado es nuestro) de un individuo que tiene problemas y... la configuración final de la experiencia no es meramente un problema de percepción sino un problema de personalidad. Esto se vuelve especialmente claro cuando se estudia la función guestáltica en neuróticos".

La Adaptación Hutt del Test Guestáltico de Bender (AHTGB) es un intento de utilizar este procedimiento como artificio *proyectivo*. Va más allá de las clásicas leyes guestálticas de percepción (a saber, pregnancia, cierre, proximidad y similares) y trata de entender tanto el *proceso* de responder como el *producto final* de modo de lograr un máximo de comprensión del comportamiento del individuo: su estilo indiosincrático de personalidad; sus necesidades, conflictos y defensas; su nivel de maduración, y sus métodos de lucha y fuerzas del ego. Tal enfoque puede utilizar tanto medidas objetivas como el juicio clínico complejo. Utiliza el gran cuerpo de evidencias que se ha adquirido acerca de la naturaleza general del desarrollo perceptivo y motriz, la naturaleza de los fenómenos proyectivos y los efectos de las lesiones psicológicas e intracraneanas en las funciones del comportamiento. Trata de comprender la funcionalidad global del individuo en los términos más exhaustivos que nos permitan describirlo y predecir algunos aspectos significativos de su comportamiento en circunstancias definidas. En los capítulos siguientes expondremos un enfoque de varios métodos de análisis de los descubrimientos del test, y de cómo relacionar cada uno de esos métodos con la experiencia clínica, los logros investigativos y la evidencia experimental cuando sea posible. Sin embargo muchos aspectos de los métodos de análisis que se proponen están francamente basados en hipótesis que requerirán considerable esfuerzo en un estudio de investigación apropiado y en mayor práctica clínica.

En primer lugar consideremos algunas proposiciones que establecemos como axiomáticas, aunque hay considerable evidencia como para sustentarlas. Todo comportamiento —desde el más simple *al* más complejo— es una resultante del interjuego de los factores conscientes e inconscientes. Por supuesto, también es mucho más que esto; involucra la condición física del organismo, su estado de expectación inmediata al momento del comportamiento emergente. En algunas clases de comportamiento los factores conscientes pueden desempeñar un papel decisivo, de hecho casi omnicomprensivo. El rasgo distintivo de semejantes comportamientos es la elección deliberada, en lugar del funcionamiento automático, en situaciones de esferas de operación libres de conflicto. Semejantes comportamientos "de elección" casi siempre se dan en el plan de las operaciones simples, a breve plazo, pero también pueden ocurrir en otras más complicadas. Creemos que en cuanto seres humanos civilizados somos capaces de realizar elecciones deliberadas y lo hacemos corrientemente en la mayor parte de nuestro comportamiento, pero en realidad mucho más frecuentemente juegan papeles decisivos factores de origen desconocido. Las evidencias clínicas y experimentales sugieren firmemente que los factores motivacionales inconscientes representan un papel significativo en nuestro estilo general de ajuste, en nuestro estilo de comportamiento postural y motriz, en nuestro nivel de aspiración, en nuestra percepción y comprensión de situaciones que nos hacen frente, y en las maneras específicas en que nos movemos adaptando nuestros comportamientos a los problemas continuos que se nos presentan. No sólo los lapsus de la lengua, los actos de olvido, las distorsiones de la realidad, las actitudes prejuiciosas, sino también los estilos de discurso, la expresión facial, el *tempo* del movimiento y el tono afectivo están en parte influidos por factores de los cuales estamos sólo parcialmente enterados o que ignoramos totalmente. A menudo podemos "explicar" esos comportamientos luego que se han producido, pero frecuentemente nuestra explicación es del tipo "es que somos así".

Aunque es problemático establecer cómo intervienen en una gran parte de nuestro comportamiento diario factores inconscientes decisivos, el papel de semejantes factores se aclara cuando examinamos material onírico o cuando evaluamos el comportamiento neurótico. Habitualmente se acepta que la parte esencial del comportamiento psicopatológico está muy determinada por motivacio-





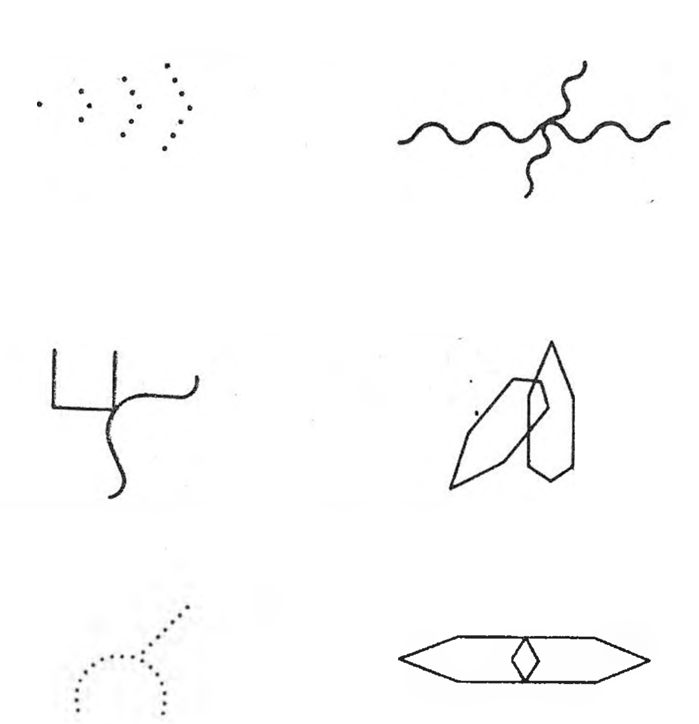


Lámina 1. La Adaptación Hutt de las Figuras Bender-Gestalt.

(Esta y otras ilustraciones del libro han sido reducidas alrededor de un 45 % del tamaño original)

nes inconscientes que hallan expresión en actos sintomáticos o en rasgos caracterológicos. Algunos investigadores prefieren aún despreciar el concepto de inconsciente y sugieren en cambio que veamos el comportamiento enteramente desde una postura fenomenológica. Tal orientación es posible, pero creo que si se adopta esta postura, la misma esencia de la cualidad del ser humano resulta eliminada y el significado de la motivación en el comportamiento humano queda enteramente descuidado. Nuestros problemas de análisis del comportamiento, en realidad, no se simplifican sino que se complican, pues estamos omitiendo las características cruciales y plenas de significación del organismo humano —sus características de esfuerzo, realización y autodeterminación—. Parecería, en cambio, que aunque los fenómenos manifiestos son resultantes del interjuego de diversos factores, los factores inconscientes desempeñan a menudo un papel central. Aun en los individuos llamados normales, hay evidencia de que los factores que no son conscientes ejercen una influencia considerable, casi siempre central, en la naturaleza y dirección del ajuste (Solley y Murphy, 1960).

Desde un punto de vista clínico, la hipótesis de la motivación inconsciente parece altamente beneficiosa. Aunque es posible alterar el comportamiento abierto sin entender el papel de los factores motivacionales conscientes e inconscientes, los conflictos existentes que dieron origen al comportamiento pueden persistir o aun reforzarse, y otros comportamientos subsidiarios aparecer y desarrollarse lo cual es aún más nocivo. Un ejemplo de esto son las devastadoras consecuencias que sobrevienen cuando se reprimen fuertes impulsos ansiosos o no se les permite salir a la superficie, y de resultas de ello se desarrolla un comportamiento severamente desorganizado o psicótico. Sin embargo, cuando se evalúan cuidadosamente tanto las motivaciones conscientes como las inconscientes y se entiende la dinámica del comportamiento de un individuo —aunque sólo sea aproximadamente— se pueden idear métodos más efectivos para habérselas con el comportamiento patológico, y los resultados se pueden predecir más exactamente. Los métodos para tratar conflictos pueden ser muy diversos pero, en última instancia, tenderán a ser más congruentes con el ajuste total del individuo y más efectivos para asegurar algunas consecuencias difíciles de aceptar.

Consideramos, por lo tanto, de grande y hasta crucial impor-

tancia que el clínico entienda los conflictos del individuo y su derivación inconsciente. Hay al alcance de la mano una gran cantidad de métodos para la evaluación de estos problemas: entrevistas estructuradas y no estructuradas, asociación libre, material onírico, sesiones de *role playing*, tests objetivos de personalidad, tests proyectivos verbales, el uso de dibujos como diseños proyectivos, láminas de test semejantes a dibujos cómicos. Todos cumplen una misión específica, y a veces uno, a veces otro, pueden ser los más aptos para comprender una instancia individual. Afirmamos, sin embargo, que la evaluación visomotora del comportamiento y la dinámica subyacente tienen algunas ventajas únicas así como otras comunes.

Como ya se dijo, el uso de una tarea visomotora para probar las reacciones de la personalidad provee una muestra de las complejas funciones que involucra el comportamiento. Como otros procedimientos proyectivos para evaluar la personalidad, tales ejemplos complejos de comportamiento ofrecen indicios del estilo general de adaptación, métodos cognitivos de comportarse, tipos afectivos de respuestas, áreas en conflicto, métodos específicos de defensa y características de maduración. Al revés de otros muchos métodos proyectivos, especialmente de aquellos que enfatizan la comprensión y la respuesta verbales, la funcionalidad visomotora tiene algunas características especiales y posibles ventajas. Una de las características, quizás central, es la posibilidad de que se establezcan estilos de funcionalidad perceptual, motriz y percepto-motriz, o tendencias hacia esos estilos muy tempranamente en la vida del individuo, antes de que se hayan desarrollado la comprensión y el uso del lenguaje (Solley y Murphy, 1960; Werner, 1957). El espacio disponible no permite hacer un recuento de los estudios empíricos de observación y experimentales de la temprana percepción, el comportamiento motriz y los comportamientos "integrados" percepto-motrices que se desarrollan durante la primera infancia y la niñez muy temprana. En cambio indicaré algunos principios que han surgido y algunas implicancias que pueden señalarse.

El niño tiene algunas maneras generales características por las cuales, basándose en factores constitucionales, percibe su mundo inmediato. Es capaz de hacer algunas diferenciaciones rudimentarias del tipo figura-fondo antes de tener lugar el aprendizaje (Hebb, 1949). Pero su respuesta potencial está considerablemente

limitada por su inmadurez y, más precisamente, porque aún no ha aprendido a mediatizar los estímulos que se le incorporan. Como lo han señalado Gesell, Ilg y Bullis (1949), el niño aprende pronto a mediatizar algunos de estos estímulos por medio de respuestas perceptivas y táctiles. Las experiencias de privación o frustración tienden a fracturar estos patrones tempranos de respuestas integradas, de la misma manera en que tienden a desintegrar los actos de atención visual (Drever, 1955). La mente del niño crece por el depositarse sucesivo de huellas mnésicas que dependen inmediatamente de la experiencia próxima (Koffka, 1931). Más aún, es probable que gran parte del condicionamiento clásico (y del *imprinting* elemental) se produzca por el bajo nivel de apercepción y el alto nivel afectivo que necesita el niño. Cuando el comportamiento motriz es insuficiente como para reducir el nivel de tensión generado por la necesidad interna y la experiencia perceptiva, tiende a aparecer la percepción autística (Helson, 1953). Como señala Helson, la tendencia a la percepción autística (o percepción más determinada por necesidades internas que por la realidad exterior) puede resultar de "recuerdos, huellas residuales de peligros previamente experimentados, reacciones excesivamente anticipadas con respecto a la amenaza efectiva del peligro, o por mecanismos de retroalimentación [*feed-back*] magnificados en los cuales la apercepción del propio proceso corporal resulta especialmente notable". Luego las necesidades afectivas refuerzan la percepción autística y sólo pueden alterar este rumbo la maduración ulterior y la diferenciación de necesidades y patrones de respuesta; de lo contrario los sustitutos alucinatorios de satisfacción de necesidades, o la descarga motora pueden ofrecer alguna reducción parcial de la tensión (Rapaport, 1951). Con el desarrollo ulterior, a menos que la experiencia traumática sea devastadora, el niño aprende a utilizar respuestas sensorio-motrices más desarrolladas para satisfacer sus necesidades y mediatizar su experiencia. Sólo muy gradualmente se desarrolla mayor "independencia de campo" (Witkin y otros, 1954), y emerge un repertorio más amplio de comportamientos exitosos.

Estos hallazgos implican que algunos aspectos importantes de experiencias conflictivas se expresan tempranamente en la vida a través de modos o estilos de conducta percepto-motrices —en realidad, tan temprano, que el lenguaje desempeña un papel pequeñísimo o nulo en ellos—. Aún en los años tardíos de la primera infan-

cia los modos percepto-motrices pueden ser influidos grandemente por experiencias emocional y conflictivamente significativas. Tales experiencias y los "recuerdos" de ellas pueden, en realidad, estar "adheridas" al estilo motriz. A veces se puede inferir de ese estilo cuál ha sido la naturaleza general de esas experiencias. A veces *la repetición del acto percepto-motriz puede evocar la experiencia emocional reprimida.* Como veremos más tarde, el sujeto que ejecuta tanto la *fase de copia* como la *fase de elaboración* de la Adaptación Hutt del Test Guestáltico de Bender expresa a menudo, a sabiendas o no, muchas facetas de sus experiencias hasta ese momento "sepultadas". De cualquier modo su conducta percepto-motriz puede revelar muchas de sus maneras características de defenderse y competir exitosamente, que su conducta verbal quizás esté ocultando.

Cabe hacer notar aquí otros dos valores especiales de un test no verbal, proyectivo y percepto-motriz de las reacciones de la personalidad. Puesto que las convenciones de lo que es "buen" y "mal" comportamiento no son conocidas por el sujeto que realiza tal tarea, es menos probable que oculte al examinador aquellos aspectos que teme revelar, mientras que en una tarea verbal esas convenciones son más ampliamente conocidas y pueden ser usadas para evitar aquellas confrontaciones. Aun cuando el sujeto no abrigue el intento consciente de ocultar, la superestructura del lenguaje mismo puede enturbiar el significado de la respuesta al test. Otra forma de decir lo mismo es que el comportamiento percepto-motriz es más susceptible de ser idiosincrático, mientras que el comportamiento verbal se inclina más a ser "culturalmente estatuido".

En suma, el comportamiento ante un test percepto-motriz ofrece un muestrario de aspectos no fácilmente obtenibles en un test verbal; el test percepto-motriz puede sondear estratos más tempranos de experiencia significativa y conflictiva, y puede ser menos conscientemente distorsionado porque su significado es menos obvio.

¿A quién puede aplicarse con provecho la Adaptación Hutt del Test Guestáltico de Bender? La respuesta depende, en parte, de los principios que se profesen sobre el uso de tests. En la opinión del autor, los tests psicológicos deben ser usados sólo donde haya una aplicación clara, funcional de los mismos —ante todo en términos de los intereses del paciente o del tema; luego, en términos de investigación o de intereses de aplicación—. Considerando

el primero de estos usos funcionales de los tests, el hacer las pruebas con un instrumento en particular debería involucrar la probabilidad de que los hallazgos nos pongan en mejores condiciones de servir al paciente: haciéndole posible un uso más efectivo de sus capacidades; permitiéndole entenderse más profundamente y completamente, o permitiéndonos comprenderlo y asistirlo hacia el logro de esos objetivos. Desde ese punto de vista, debemos tener en cuenta las siguientes categorías o clases de personas para las cuales nuestro test (de aquí en más llamado AHTGB) podría ser considerado como el más beneficioso.

Categoría I. En esta categoría se reclutan aquellos pacientes cuyo comportamiento verbal no ofrece un muestreo adecuado de las capacidades y deficiencias de su personalidad, *aun cuando puedan usar medios verbales de comunicación con gran eficacia.* Pese a que pueda cuestionarse que las palabras "ocultan tanto como revelan" en muchos casos, esto es especialmente verdadero para las personas mencionadas en este grupo, y para ellas es especialmente aplicable la AHTGB. Pero, ¿quiénes son esas personas? En primer lugar, esta categoría incluye a aquellos cuyas defensas verbales son tan fuertes o están tan arraigadas que su comunicación sirve de fachada, por ejemplo el intelectualizador obsesivo o el fácil racionalizador verbal. Pueden parecer, en la superficie, mucho mejor integrados de lo que realmente son. Esa gente puede utilizar conscientemente el lenguaje para distorsionar el cuadro de sus problemas subyacentes o puede presentar inconscientemente un cuadro de sí que dista mucho de ser el verdadero. Además de la defensa de la intelectualización, estos individuos pueden ser detectados por su locuacidad, su inhabilidad para expresar espontáneamente afecto, o por su dedicación a la vida de la fantasía. En todas esas instancias las muestras de comportamiento derivadas exclusivamente de los tests verbales puede llevar a hallazgos distorsionados. A veces pueden mostrar un pseudocontrol de su ego en el comportamiento verbal, como ocurre en las personas obsesivas que son capaces de ocultarse a sí mismas y a los demás la desintegración de los controles del ego que puede subyacer a tal conducta verbal.

Un subgrupo especial de los individuos que entran en la Categoría 1 consiste en los que *se fingen enfermos.* Esas personas pueden tratar de mostrar una apariencia de mayor enfermedad que la real, tanto por razones conscientes como inconscientes. O tam-

bién se empeñan en hacer ver que cumplen las normas de conducta que creen se espera de ellas. En cualquier caso, aunque el clínico esté al tanto de que hay enfermedad fingida, resulta difícil hacer una estimación exacta y un diagnóstico diferencial válido. Sin embargo, cuando se pide a esas personas someterse a un test no verbal como la AHTGB, se les priva de sus defensas habituales de carácter intelectual-verbal, y se las coloca en situación de revelar mejor los aspectos superiores o inferiores de sí mismas que de otra manera podrían oscurecerse. No saben lo que las diversas clases de conducta percepto-motriz revelan sobre ellas y por lo tanto son menos capaces de distorsionar u ocultar. En capítulos más avanzados discutiremos varios procedimientos que pueden ser empleados en la clarificación ulterior del significado del comportamiento ante el test por parte de los fingidamente enfermos.

Categoría II. Esta categoría comprende los individuos que no pueden o no quieren aportar una muestra adecuada de la conducta verbal para el diagnóstico. Hay varios subgrupos en esta categoría, con características bastante diferentes. Están aquellos cuya conducta verbal está considerablemente disminuida. Pueden proceder de ambientes con carencias culturales o de una cultura en que han tenido pocas oportunidades de adueñarse de nuestro lenguaje. Pueden mostrar una inhibición significativa del comportamiento verbal que limite la utilidad de un test de comportamiento verbal. Por ejemplo, pueden estar severamente deprimidos y ser incapaces de verbalizar libremente. O pueden estar marcadamente retraídos en toda su conducta interpersonal, incluido el lenguaje, como los catatónicos o los individuos con inhibición esquizoide. A veces, en los casos que involucran ansiedad intensa, crónica o aguda, el comportamiento verbal puede estar marcadamente afectado. En estos casos la muestra de comportamiento verbal no sólo es insuficiente para los propósitos evaluativos, sino incluso no representativa de muchos aspectos de la personalidad, especialmente de aquellos aspectos saludables que podrían intervenir en el crecimiento efectivo o la recuperación. Muchas veces la muestra de conducta que se obtiene con tests verbales es tan magra que resulta difícil estimar con acierto su significado con respecto a la severidad de la enfermedad o a las áreas de conflictos. Las personas que entran en la Categoría II nos traen, pues, dos tipos relacionados de problemas clínicos: el problema de la representatividad de la muestra de comportamiento obtenida, y el pro-

blema de identificar la patología subyacente a las áreas de conflicto más intenso.

Categoría III. Esta categoría incluye a individuos que sufren de alguna forma de patología intracraneana. Excepto en ciertas circunstancias, es difícil evaluar mediante muestras de comportamiento verbal si existen o no lesiones cerebrales en pacientes de los cuales se sospechan tales deterioros. El comportamiento verbal puede estar menos afectado por esas lesiones o puede revelarlas sólo cuando la condición se ha deteriorado seriamente. Más aún, hay muchos casos de lesiones cerebrales que no se pueden descubrir fácilmente mediante los procedimiento de rutina en el diagnóstico neurológico. En estos casos los tests del tipo de la AHTGB pueden ser altamente útiles para poner de manifiesto la posibilidad de lesiones que de otro modo serían fácilmente pasadas por alto. Además son útiles para estimar el tipo o el grado de cambio que puede ocurrir como resultado del tratamiento de cirugía, como trataremos de mostrarlo en un repaso de la literatura médica al respecto. Los tests percepto-motrices son útiles habitualmente tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, en todos los casos en que esté presente o se sospeche algún daño cerebral. Más aún: ya que la manera en que una persona reacciona a la patología intracraneana es una función de su personalidad y de la clase de lesión orgánica, una técnica como la AHTGB, que revela ambas, es útil para su tratamiento clínico.

Categoría IV. Nos gustaría reservar esta categoría para los llamados individuos mentalmente retardados. El diagnóstico de retardo mental presenta muchos problemas especiales. Como ha sido abundantemente demostrado (Hutt y Gibby, 1965), este grupo de individuos se caracteriza frecuentemente por una privación cultural de moderada a severa. Los tests de inteligencia verbales en uso no son particularmente válidos para predecir la potencia intelectual o el rendimiento escolar en estos casos, puesto que tienen un alto grado de correlación con las habilidades verbales y los logros escolares. Probablemente sea verdad que muchos niños provenientes de medios culturalmente desposeídos obtengan puntajes en dichos tests que no sean necesariamente indicativos de su status mental o de su potencialidad escolar si se les provee una asistencia apropiada e intensiva, especialmente en los estadios tempranos de sus carreras escolares. Para impedir la clasificación inapropiada

en este grupo de aquellos que no están propiamente retardados en la esfera intelectual pero que están retardados lingüística y culturalmente, se necesita alguna medida de la potencialidad intelectual que no esté tan estrechamente ligada a la experiencia cultural. En estos casos son especialmente útiles los tests de madurez perceptiva y los percepto-motrices como la AHTGB.

Hutt y Gibby han demostrado también cómo muchos individuos que han sido clasificados como retardados mentales pueden actuar por debajo de la media común en la esfera intelectual a causa de severos obstáculos emocionales que interfieren sus funciones intelectuales, producen inhibición cognoscitiva y reducen su aspiración y su motivación hacia los estudios y otros logros. Se ha dedemostrado que la compleja interacción entre la carencia cultural y la frustración emocional puede, en forma temporaria o con una duración mayor, interferir el crecimiento y las funciones intelectuales (Hunt, 1961). Para mejor estimar a tales individuos, la batería diagnóstica debe incluir tests de personalidad que, por una parte, no estén influidos negativamente por factores lingüísticos y culturales, y por otra provean alguna base estimativa del grado de interferencia de los factores emocionales en la funcionalidad intelectual. La AHTGB y otras versiones del Test Guestáltico de Bender, así como otros tests no verbales de inteligencia y de personalidad, son especialmente aptos para tales propósitos. Los tests de madurez percepto-motriz han demostrado ofrecer información útil para predecir y guiar individuos obstaculizados por factores del tipo que hemos tratado.

Por otra parte, muchos individuos retardados pueden tener alguna lesión cerebral orgánica, aun leve, o ciertos problemas especiales de la personalidad que contribuyan al mal funcionamiento mental. La AHTGB es un indicio útil para evaluar la posible contribución de estos factores al retardo mental funcional y para ayudar a diferenciar a aquellos en quienes estos factores no son particularmente relevantes.

Categoría V. El último grupo contiene una variada población de individuos. Aquí agruparíamos los analfabetos, los no educados y los extranjeros no familiarizados con el idioma —todos aquellos que tienen obstáculos para la comunicación verbal—. Esas personas tienden a dar protocolos de test atípicos en pruebas diseñadas para individuos con desempeño normal en el plano lingüístico y que llenan las condiciones "normales" de la población usual estandari-

zada que se emplea para tipificar tales tests y sus normas. Tests como la AHTGB, que se apoyan en experiencias de trasfondo más universal y que no ponen énfasis en el desarrollo simbólico culturalmente determinado hasta un punto tan extremo, no colocan a dichas personas en una desventaja aun mayor al tratar de estimar su inteligencia y el funcionamiento de su personalidad. Más aún, en la medida en que la acción percepto-motriz revela aspectos básicos de la personalidad, y particularmente aquellos aspectos que dependen de experiencias muy tempranas, la AHTGB tiene ventajas poco comunes para las personas que entran en la Categoría V.

La exposición anterior trató de aclarar las categorías generales de individuos para quienes son particularmente aptos tests del tipo de la AHTGB. Nuestro énfasis en esta exposición viene de nuestra preocupación por el individuo —de modo tal que podamos emplear en nuestra batería diagnóstica tests que sean más adecuados para evaluar y proveer remedio cuando se necesita—. Aparte de estas consideraciones, muchos clínicos han empleado el test para otros propósitos, como ilustrará el capítulo 2. El listado siguiente de los usos más frecuentemente mencionados de la AHTGB puede ayudar al lector a tener una visión más amplia del potencial clínico de este test.

1. La AHTGB ha sido considerada útil como *test amortiguador*. Todo clínico trata de desarrollar buen rapport con su paciente. Entre las aproximaciones utilizadas para desarrollar esta relación, el uso de un test aparentemente simple, no atemorizante para la primera vez, puede ser útil en muchos casos. No sólo el test no se presta para ser experimentado como atemorizante, sino que agrada a muchos pacientes y conduce a la discusión acerca de la función de la batería diagnóstica. En algunos casos los pacientes que son secretamente hostiles al uso de tests encuentran fácil expresar su angustia externalizándola en un procedimiento que ven infantil o tonto. El clínico experto usará esta expresión catártica de sentimientos para explorar las actitudes del paciente, con el propósito de ayudarlo a aceptar la situación de test en sus propios términos personales.

2. La AHTGB es útil como indicio suplementario para completar los procedimientos de estimación de modo tal que el comportamiento verbal no sea sobreestimado en la evaluación total.

3. La AHTGB es útil cuando se requieren tests que involucren una *mínima* interacción *examinador-paciente.* Se ha demostrado que algunos pacientes son influidos significativamente por tales interacciones, hasta el punto de que resulta difícil obtener una estimación válida. La AHTGB puede ser administrada de modo que minimice tales factores de "interferencia".

4. La AHTGB tiene cualidades especiales para estimar a los *analfabetos,* a los *no educados* y a los *culturalmente disminuidos.* Tales individuos presentan problemas especiales de estimación. Aunque no hay test que pueda ser enteramente "bueno" en tales casos, los que se basan en la realización percepto-motriz y que involucran muy poca actividad verbal constituyen una parte importante de la batería en tales casos.

5. La AHTGB puede ser útil en el diagnóstico diferencial del retardo mental. En tales casos en que se sospecha retardo es extremadamente importante evaluar o determinar la incidencia real de las experiencias culturales anteriores, la interferencia del funcionamiento intelectual por factores emocionales y las posibles lesiones intracraneanas.

6. La AHTGB es útil para aquellos pacientes cuya conducta verbal proporciona una pantalla que oculta aspectos del funcionamiento de la personalidad.

7. La AHTGB es especialmente útil en casos en que se sospecha fingimiento de enfermedad.

8. La AHTGB es útil en el diagnóstico diferencial de la patología intracraneana. Aunque todas las manifestaciones psicológicas de la lesión cerebral están influidas no sólo por el tipo y la intensidad de la lesión sino también por el funcionamiento de la personalidad del sujeto. La AHTGB ha demostrado ser muy exitosa —tanto en estudios clínicos como experimentales— para diferenciar algunos tipos de lesión cerebral.

9. La AHTGB es a menudo útil para diferenciar los fenómenos de proceso psicótico que a veces permanecen ocultos para los tests proyectivos verbales. La conducta percepto-motriz puede revelar evidencias de tales procesos psicóticos, especialmente cuando de otro modo no saltan a la vista.

10. La AHTGB es útil para delinear aspectos de áreas de conflicto y estilos de defensa. Entre estos resultan especialmente

notables los problemas de identidad, la identificación sexual, el modelo general de las relaciones interpersonales y las tendencias de aproximación-retroceso.

11. La AHTGB es útil a veces para definir el grado de regresión psicológica y desajuste intelectual de la persona. Entre otras características del test, las comparaciones de los logros en los dibujos que difieren en el nivel de madurez pueden conducir a importantes inferencias a lo largo de esta líneas.

12. La AHTGB es útil para predecir algunos aspectos del adelanto escolar. Ha sido estudiada extensamente en relación a la predicción de las fases tempranas de la lectura.

13. La AHTGB puede resultar útil en el estudio de las diferencias interculturales. Aunque esta prueba no está enteramente libre de influencias culturales, toca algunos importantes niveles del funcionamiento de la personalidad tomados en cuenta en algunas investigaciones interculturales.

14. La AHTGB puede ser usada en el estudio de los efectos de varias formas de la terapia química y fisiológica, tales como el uso de agentes farmacológicos y el uso de terapia electroconvulsiva.

15. La AHTGB puede ser usada en conexión con estudios que investigan los posibles efectos de la psicoterapia.

16. La AHTGB puede ser útil en estudios de investigación que involucren la relación entre el comportamiento percepto-motriz y las varias dimensiones de la personalidad.

Como hemos hecho notar, la lista precedente enumera sumariamente algunos de los usos más frecuentes de la AHTGB. No todos estos usos son igualmente pertinentes para este test y algunos usos pueden, finalmente, resultar menos significativos de lo que se esperaba al principio. Y, por supuesto, la investigación ulterior y el ingenio deben descubrir nuevos valores significativos del test que hasta el momento no habían sido siquiera vislumbrados. La enumeración debe verse sólo como sugerencia. Cada usuario del test, en ésta o en otras formas, tiene la obligación final de evaluar por sí mismo la validez y el significado de todas las virtudes alegadas, y cada usuario del test debe decidir cuándo y cómo usarlo, y si lo hará en estudio clínico o en investigación.

CAPÍTULO II

ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA AHTGB

Las maneras en que se pueden utilizar las figuras originales de Wertheimer o sus adaptaciones son innumerables, así como lo son las formas de evaluar los resultados de tales adaptaciones. Desde los años transcurridos desde la introducción de esta técnica en los Estados Unidos, dos conjuntos de estímulos de tests han ganado amplia aceptación —los presentados por Bender y los desarrollados por Hutt— pero los métodos de aplicación y evaluación se han multiplicado. Por ello resulta altamente desorientador hablar de estos procedimientos como si constituyeran "un test". Sería más exacto decir que hay muchos "tests" o aun que no hay "test" como tal. Cada conjunto de estímulos puede tener propiedades únicas, y cada método de aplicación, de interpretación del puntaje, requiere consideración y evaluación separadas.

En las investigaciones publicadas y en los libros que tratan de tests proyectivos, todos los procedimientos relativos a la adaptación de las figuras de Wertheimer y a la interpretación de los resultados se conocen más comúnmente como el "Test Guestáltico de Bender". Este hecho constituye un tributo apropiado a la labor de la doctora Lauretta Bender, quien introdujo el procedimiento en este país y publicó la primera monografía clínica que daba cuenta de sus hallazgos. Sin embargo, esta denominación acarrea la implicancia inconducente de que todos estos procedimientos tienen algo en común o aun de que constituyen un único test. En realidad la misma doctora Bender se lamentaba del apartamiento de sus sugerencias por parte de muchos usuarios de los dibujos guestálticos, y afirmaba que "...el significado y el valor originales del Test Guestáltico han sido perdidos de vista por muchos de estos investigadores y sus seguidores" (Tolor y Schulberg, 1963).

Quien esto escribe se congratula de la diversificación de los métodos de aplicación y evaluación, así como de los esfuerzos clínicos y de investigación dirigidos a probar el significado de tales variaciones. Estos esfuerzos deberían conducir a una mayor claridad teórica acerca de los procesos psicológicos subyacentes y a los mejores métodos para medirlos. Pero debemos establecer dos importantes consideraciones previas. Sería conveniente que hubiera un esquema claramente expuesto o una teoría en que basar cada variación del método, de modo que quede claro que se intenta probar la teoría y no un test inexistente. También convendría considerar cada una de estas variaciones como un *método* o *procedimiento* y no como un test en el sentido usual. Aun si nos deslizamos al uso del término "test" cuando nos referimos a cualquiera de estos procedimientos, simplemente porque es más conveniente hacerlo, deberíamos tener claramente presente que *no* estamos usando el término en su sentido psicológico aceptado de procedimiento estandarizado y validado con normas bien delineadas. Y similarmente, los esfuerzos investigativos dirigidos a probar, por ejemplo, la eficacia de uno de estos procedimientos para diferenciar pacientes con lesiones orgánicas cerebrales de aquellos que no las padecen, no deberían considerarse validaciones del "Test Guestáltico de Bender", sino simplemente la validación de un procedimiento específico. Un procedimiento puede ser altamente efectivo mientras que otro puede revelarse como enteramente inútil, teniendo en común sólo dibujos guestálticos similares.

En este capítulo nos gustaría poner a consideración del lector algunos datos históricos importantes para proporcionarle un trasfondo para nuestra discusión subsiguiente sobre la AHTGB y sus posibles utilizaciones clínicas e investigativas. La AHTGB ha sido diseñada especialmente para *acentuar al máximo los rasgos proyectivos de este procedimiento* de modo que conduzca a predicciones significativas acerca de las características de la personalidad y la posibilidad de su modificación. No trataremos de reseñar y evaluar todas las publicaciones concernientes a este procedimiento o todos los hallazgos obtenidos mediante otras versiones de la aplicación e interpretación guestáltica de Bender. Sólo serán consideradas aquellas investigaciones teóricas y clínicas que tengan algo que ver con nuestros propios procedimientos. El lector que desee obtener una visión más amplia del campo de los estudios publicados puede recurrir a las contribuciones de Tolor y Schulberg (1963)

y Billingslea (1963). Por lo demás citaremos los trabajos publicados después de 1963 que tengan alguna relevancia.

Como se ha hecho notar en el capítulo precedente, las nueve figuras que comprenden el conjunto de estímulos usual tanto para la AHTGB como para el Test Guestáltico de Bender han sido seleccionadas de entre las utilizadas por Wertheimer en sus estudios de las funciones (Wertheimer, 1923). Haciendo uso de una muestra de dibujos mucho más extensa, Wertheimer investigó los patrones de la percepción visual pidiendo a sus pacientes "aparentemente" normales que describieran lo que veían. Bender se interesó en el uso de algunos de estos dibujos como medio para explorar desviaciones en la maduración de las funciones percepto-motrices que estuvieran asociadas con ciertas condiciones patológicas, entre las cuales estarían el retardo mental, la esquizofrenia, las lesiones cerebrales orgánicas, la afasia, las psicosis maníaco-depresivas y algunas condiciones tóxicas. Para estos propósitos utilizó nueve dibujos, llamando al primero "A", ya que lo consideraba esencialmente como un dibujo introductorio o de prueba (al menos en el comienzo), y a los otros del "1" al "8". Tal como ella decía, "solamente los dibujos A, 3, 7 y 8 se parecen mucho a los de Wertheimer. Los otros han sido modificados casi siempre para simplificarlos o para acentuar algún rasgo guestáltico básico" (Bender, 1963).

Durante la década de 1930 casi todo el trabajo realizado con estas figuras consistió en investigación clínica, a cargo de la misma Bender, de los grupos en que se interesaba. Hubo una innovación mayor en el uso de estas figuras, consistente en que se les pidió a los pacientes que los *copiaran* y no que los *describieran*. Su opinión acerca del posible valor de este procedimiento de test para detectar disturbios de la personalidad fue, al principio, ambigua. En el primer resumen general de su trabajo clínico afirmaba, hablando de las características de los dibujos de sus pacientes, que "el producto final es un patrón visual motor que revela modificaciones en el patrón original por medio del mecanismo de integración del individuo que lo ha experimentado" (Bender, 1938). También ofrecía pocas esperanzas de que el procedimiento fuera útil para estudiar los disturbios de la personalidad en psiconeuróticos, afirmando: "No esperamos hallar perturbaciones en la percepción o en la función guestáltica visomotriz en las psiconeurosis". Afirmaba, aún, en el mismo párrafo: "...no sería sorprendente encontrar que algunas de las Gestalt podrían transformarse en

el símbolo de los impulsos infantiles insatisfechos del individuo". Su posición general, sin embargo, parecía indicar poca fe en que el test se pudiera usar con eficacia en el estudio de las perturbaciones de la personalidad. Lo más sorprendente de todo es que su esposo, Paul Schilder, quien la interesó en este trabajo y escribió el prefacio de su monografía, afirmaba: "La doctora Bender no olvida que los patrones guestálticos son experiencias de un individuo que tiene problemas y que la configuración final de la experiencia *no es meramente un problema de percepción sino un problema de personalidad* [el subrayado es nuestro]. Esto se vuelve particularmente claro al estudiar la función guestáltica en neuróticos".

Continuando su trabajo, Bender compartió sus dibujos con una serie de colaboradores. A veces los dibujos se reproducían a pulso; a veces se obtenían copias mimeografiadas. Como ya se ha hecho notar, las figuras diferían de las de Wertheimer. Más aún, eran inconsistentes, de medidas y características guestálticas variables. En esos días tempranos, algunos de los investigadores que utilizaban este procedimiento hicieron sus propias copias, utilizando los dibujos de la monografía de 1938.

Yo fui uno de los que hallaron fecundo este procedimiento, considerándolo un valioso suplemento a otros métodos clínicos de detección. Como otros, había usado los dibujos relativamente improvisados que estaban corrientemente a mano. Los probé con una amplia variedad de pacientes, obteniendo impresiones subjetivas acerca de las características que desplegaban tanto en sus métodos de trabajo como en los productos variados que obtenían. En 1944, siendo miembro del ejército norteamericano y estando agregado a la Unidad de Higiene Mental en Fort Monmouth, estado de Nueva Jersey, y al Hospital General England, de Atlantic City, en Nueva Jersey, continué el uso "experimental" de estos dibujos con una amplia variedad de pacientes militares, y me impresionó cada vez más la utilidad clínica única de este "test" y sus posibilidades para la detección proyectiva de la personalidad.

En 1945 fui nombrado instructor superior del Programa de Psicología Clínica para Oficiales de la Escuela de Adjuntos de Estado Mayor de Fort Sam Houston, en Texas, y como tal encargado de cursos de teoría y técnica proyectivas. Consideré útil incluir el Test Guestáltico de Bender entre los métodos proyectivos que podrían ser empleados. La técnica poseía caracteres únicos

que prometían ser de valor para tales propósitos. Era simple y rápida de administrar, útil para la amplia variedad del personal militar que difería mucho, tanto en educación y experiencia cultural como en características de la personalidad, era especialmente indicado para detectar los posibles efectos de lesiones cerebrales orgánicas, y descansaba en medida mínima sobre la comunicación verbal. Además de los datos clínicos que había reunido, hice uso de la evidencia investigativa —general pero limitada— sobre las relaciones entre personalidad y percepción, que ya se poseía, para mis interpretaciones aproximativas (hipótesis). También me habían impresionado mucho los notables hallazgos de Mira acerca de la relación del comportamiento motriz con los atributos de la personalidad (1939-40; 1943).

Sin embargo, las láminas del test eran inhallables y los dibujos, por entonces corrientes, diferían en las características ya notadas. En consecuencia decidí lograr dibujos estándar, tratando de adherir al mismo tiempo lo más posible a los criterios guestálticos de Wertheimer sobre estímulos, para desarrollar diseños que no contuvieran irregularidades (tales como calidad desigual de la línea, ángulos inoportunos, tamaños variables de figuras), y para tener a mano figuras fácilmente reproducibles. En colaboración con F. L. Wells, de la Universidad de Harvard, se confeccionó y distribuyó este juego de láminas a los psicólogos clínicos de todo el ejército norteamericano. Al mismo tiempo desarrollé un proyecto de guía para aplicarlo e interpretarlo (1945).

Los psicólogos clínicos del ejército y de otras procedencias se interesaron cada vez más en las posibilidades proyectivas de este procedimiento, así como en otras posibilidades. Parecía especialmente útil en el ejercicio para el diagnóstico diferencial de la organicidad, para detectar la severidad de la psicopatología y su carácter agudo o transitorio, para diferenciar analfabetos de retardados y para detectar el fingimiento de enfermedad. Algunos psicólogos usaron la guía como si fuera un manual de hallazgos bien verificados, aunque no se la había concebido como tal, mientras que otros eran más cautos y experimentales en su aproximación. Cuando luego llegué a ser Jefe del Departamento de Psicología Clínica de la Dirección General de Sanidad del Ejército de los Estados Unidos, urgí precaución al usar el procedimiento y sugerí la necesidad de mucho más trabajo clínico y de investigación (*Military Bulletin*, Surgeon General's Office, U.S. Army, 1946).

Siguió luego un muy rápido crecimiento del uso de estos procedimientos y sus modificaciones. Antes de 1945 este test ni siquiera aparecía en los *rankings* de popularidad o frecuencia de uso de tests psicológicos empleados por los clínicos (Sandberg, 1961). El mismo informe indicaba que en 1946 figuraba 54º en popularidad, mientras que en 1960 figuraba en el 3º lugar. Dos años más tarde Schulberg y Tolor informaban que el 95 % de los clínicos experimentados usaba el "test" y que cuatro de cada cinco creían que tenía valor en la práctica clínica. También es de interés notar que antes de 1945 sólo había un pequeño número de trabajos en relación con este procedimiento, en su mayor parte obra de Bender, y ningún estudio sistemático. Alrededor de 1960 habían aparecido más de 300 publicaciones adicionales, incluyendo trabajos clínicos, informes de investigación sobre hallazgos de diversos métodos de administración y evaluación y sobre estudios específicos de validación, y resúmenes de las publicaciones. Dos informes recientes han estudiado el uso investigativo del Bender y sus varias modificaciones efectuadas entre 1947 y 1965. En el de Mills, basado exclusivamente en estudios publicados en el *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, que cubre el período comprendido entre 1947 y 1964, el Bender figuraba 4º entre los primeros 21 tests proyectivos en términos de uso investigativo (1965). En el otro estudio, que analizaba las publicaciones de otros 10 órganos de investigación entre 1947 y1965, este test figuraba 5º y era citado en 153 estudios durante ese período (Crenshaw, Bohn, Hoffman, Matheus y Offenbach, 1968). En el último estadio se indicaba que el uso del Bender en estudios de investigación crecía gradualmente a través de los años y parece haber, por lo menos, mantenido hasta el final de la época su relevante posición en la investigación durante la pasada década.

En 1946 Bender publicó su manual para el uso clínico del "test". Al mismo tiempo permitió que se editaran sus formas de las figuras del test (1946). La forma dada por Hutt a estas figuras se agotó al finalizar la segunda guerra mundial, pero se hicieron nuevamente asequibles en 1960, con la publicación del volumen de Hutt y Briskin (1960).

El primer intento de medición objetiva del Bender-Gestalt fue presentado por Billingslea, un antiguo estudiante del programa de psicología clínica para oficiales (1948); sus hallazgos fueron esencialmente negativos. Sin embargo, su método de puntaje invo-

lucraba el análisis minucioso de lo que él llamó "factores" e "índices", estableciendo 137 índices en total, y por ello se oponía en la conceptualización básica a las hipótesis proyectivas, aunque se basara presumiblemente en hipótesis más globales propuestas por Hutt (y en menor grado por Bender). Además hay una considerable objeción concerniente a sus grupos de referencia. Otros métodos objetivos de medición desarrollados en este primer período fueron aparentemente mucho más exitosos. Kitay presentó un tipo de medición basado esencialmente en desviaciones y encontró algunas correlaciones significativas de sus medidas con los índices de Rorschach en un grupo de estudiantes secundarios (1950).

Pascal (1950) y más tarde Pascal y Suttell (1951), desarrollaron un sistema de medición objetiva, basado en un puntaje global que representaba el grado de psicopatología, y dio muy promisorios resultados y estimuló una considerable cantidad de investigaciones por parte de otros. El método de medición de Pascal, así como el de Billingslea, estaba influenciado, en gran medida, por el pensamiento y la enseñanza de Hutt en el programa del ejército, que fue desarrollado por él y por otros (especialmente Irion y Suttell) sobre la experiencia clínica general que habían obtenido con el uso del test.

Otros intentos de medición fueron desarrollados por Peek y Quast (1951) y por Gobertz (1953), utilizando definiciones operacionales de los fenómenos del test, y estos métodos han estimulado también investigaciones más complejas.

El gran interés de estos esfuerzos iniciales provocó algunas revisiones de la literatura y de algunas evaluaciones del test expresadas apresuradamente. Las revisiones incluyeron las hechas por Bell (1948), Halpern (1951) y Hutt (1945). Benton hizo una revisión y evaluación negativa (1953). Por otro lado, yo apoyé mi defensa de las posibilidades proyectivas del procedimiento en esos primeros días principalmente en la interpretación "ciega" de casos clínicos y la correlación de estos descubrimientos con los de otros tests clínicos, minuciosos trabajos e informes psicoterapéuticos y estudios de investigación (Hutt, 1949; 1951; 1960; 1963).

Mis descubrimientos estadísticos no fueron presentados en detalle en la "Tentative Guide" pero están resumidos para una visión más amplia en los capítulos 5 y 6 de este libro.

La evaluación ambigua de Bender sobre las posibilidades de

la técnica proyectiva a la interpretación de los dibujos guestálticos se hizo claramente negativa alrededor de 1949. En esa época expresó su gran discrepancia en este punto, y señaló que los investigadores y clínicos estaban usando mal los principios guestálticos que ella defendía (1949). Su oposición a tales usos proyectivos la formuló en forma aún más cruda en 1967. "Tampoco la fuerza del ego puede ser definida como para correlacionarla con la función guestáltica u otras representaciones en el test guestáltico visomotor. Ya que la dinámica de la personalidad varía con diferentes escuelas y subescuelas de psicología; la aplicación de tales dinamismos a un test percepto-motriz es falsa..." (Tolor y Schulberg, 1963, en el "Prólogo").

Quedará para estudios clínicos e investigaciones más profundas determinar hasta qué punto estos juicios son justificados.

Debe observarse también que en mis análisis "ciegos" a los que me referí antes, las predicciones que fueron generadas sobre la base de la técnica proyectiva, podían ser, y fueron, probadas contra criterios basados sobre estudios de diagnósticos clínicos a largo plazo sobre evaluaciones por terapeutas de la evolución del paciente. En cada caso, predicciones precisas y altamente significativas recibieron sorprendente confirmación. Como indica Cromback (1960, p. 581) en su evaluación de uno de estos estudios "tal interpretación del test se critica, frecuentemente por no-científica. En defensa del método nosotros podemos decir que Hutt es capaz de dar *un argumento racional para cada una de sus afirmaciones* [lo subrayado es nuestro]. Una defensa mucho más poderosa estriba en su descripción de la concordancia del paciente con el cuadro clínico dados ambos por el MMPI, el propio informe y las notas del terapeuta. *Paso a paso, podemos confirmar allí la existencia de mecanismos de defensa ineficaces, causados por conductas obsesivas; el sujeto teme expresar sus impulsos hostiles u otros impulsos del mismo tipo*".

Uso proyectivo de la conducta percepto-motriz

Desde 1950 han aparecido en la literatura estudios de investigación referidos al valor proyectivo de este "test". En 1952, Suczek y Klopfer investigaron el valor simbólico de las figuras de Wertheimer que comprende el test de Bender-Gestalt (1952). Es-

tas figuras fueron presentadas a un grupo de estudiantes de *colleges* para que asociaran. Se suponía que la gente tiende a percibir estos dibujos de modo característico. Sus hallazgos sugirieron que su suposición era correcta y los llevaron a formular hipótesis sobre el valor simbólico de cada figura del test. Hammer hizo pruebas específicas de estos primitivos hallazgos, trabajando con valores psicosexuales de ciertos dibujos (1955), e intentó aislar índices de sensibilidad fálica, sentimientos de castración y reacciones a los sentimientos de castración.

El grupo experimental estaba compuesto por hombres que iban a ser sometidos a esterilización bajo las leyes eugenésicas del estado de Virginia. Hombres que iban a ser sometidos a otros tipos de intervenciones quirúrgicas, en lugar de esterilización, fueron usados como grupo control. La prueba se llevó a cabo el día de la intervención quirúrgica. Hammer confirmó con sus datos las hipótesis de Suczek y Klopfer. El pudo también aislar factores del test que fueron significativamente distintos de los extraídos del grupo control. La mayoría de estos factores involucraban distorsiones en la elongación o elementos fálicos en las figuras del test.

Otros estudios investigaron la posible utilidad de los determinantes propuestos por Hutt (en la "Tentative guide"), como indicadores de psicopatologías (Byrd, 1959). Es significativo que, a diferencia de Billingslea, este investigador probó los determinantes tal como los había definido y medido Hutt. Fueron evaluados 15 determinantes en total. Los grupos experimentales de control consistían en 200 niños cada uno; las edades oscilaban entre los 8 y 15 años. Cada grupo fue dividido en 4 subgrupos, tomando como base la edad. Los subgrupos contrastantes consistían en 50 niños "bien ajustados" y 50 niños "mal ajustados" cada uno. Los niños "mal ajustados" fueron seleccionados tomando como base el estudio clínico y diagnóstico, así como la necesidad de psicoterapia. Una diferencia en el método de administración de las figuras, con respecto al propuesto por Hutt (pero apoyado por Bender) era que se les pedía a los niños que hicieran sus dibujos en una sola hoja de papel (ver capítulo 4, "Administración"). Byrd encontró que sus datos "...confirman la certeza que la mayoría de los factores del test seleccionados por Hutt son signos del ajuste de la personalidad". Además él encontró que estos factores operaban en la *dirección* predicha por Hutt. Byrd reconoció que su estudio era esencialmente una prueba de la exactitud de los "signos", y no

una prueba adecuada del completo potencial proyectivo del test cuando se consideran las combinaciones de factores y sus interacciones. Y afirmó: "La evaluación de un protocolo supone mucho más que un listado de signos. Se debe considerar el total desarrollo del test". Se debe agregar que los métodos de definición y medición de los determinantes usados en este estudio fueron extraídos de un estudio de medición de adultos y aplicados directamente a los niños; especialmente a los de menor edad. Estos métodos no habían sido propuestos antes.

Clawson también investigó la utilidad de algunos de los factores propuestos por Hutt para diferenciar diversas perturbaciones emocionales (1959). Nuevamente, su estudio se limitó a niños cuyas edades oscilaban entre los 7 y los 12 años. El grupo experimental consistía en 40 niños y 40 niñas que eran pacientes del Wichita Guidance Center y que podían ser descriptos clínicamente como "de conducta inadaptada asociada a perturbaciones emocionales". El grupo control, con individuos homogéneos sobre la base de edad, sexo y C.I. y homogeneizado como grupo en el nivel socio-económico, consistía en un igual número de niños a quienes sus maestros juzgaban como "niños normalmente desarrollados, típicos de la edad del grupo". El estudio de Clawson será analizado con alguna extensión porque es algo complejo con respecto a la conceptualización y con respecto al dibujo.

Ella usó tres clases de pruebas estadísticas para evaluar los factores del test. Comparaciones de poblaciones escolares y clínicas, en base a la frecuencia de aparición del factor patológico; pruebas de chi cuadrado entre factores del test y síntomas de conducta para los casos clínicos; comparaciones chi cuadrado entre los factores del test y los indicadores de Rorschach. De 48 chi cuadrados que fueron probados 19 fueron significativos al nivel 0.1. La probabilidad de obtener este número de significación estadística es menos de .001. Los factores específicos del test que diferenciaban a los niños de la clínica de los de la escuela (3 al nivel .001., y uno al nivel .01) eran: regresión; cierre; dificultades de unión y borraduras. Los factores guestálticos que estaban significativamente relacionados a indicadores de conducta (todos excepto uno al nivel .01 o mejor, y uno al nivel .05) eran: organización expansiva (sobre el de Bender) con extraversión (en conducta); organización comprimida con conducta introvertida; disminución del tamaño de la figura con conducta introvertida; número inco-

rrecto de unidades con problemas de lectura; colocación horizontal de la hoja con extraversión. En forma similar, los factores guestálticos que estaban relacionados significativamente a los indicadores de Rorschach (al nivel .01 o mejores) eran: tamaño comprimido y constricción (en el Rorschach); unión de figuras con agresión interpersonal; figuras de tamaños desiguales con respuestas agresivas. Además se demostró que "el uso del espacio blanco" estaba relacionado significativamente con agresión y que una secuencia ordenada estaba asociada a un buen ajuste, mientras que una secuencia pobre estaba asociada a un mal ajuste. Se sacó esta conclusión: "Los resultados de este estudio revelan la presencia de signos diagnósticos significativos en los puntajes BVMGT de los niños, más allá de la habilidad de reproducir dibujos de diferente complejidad. De las 13 variables que diferenciaban a los grupos significativamente, los datos confirmaban cinco hipótesis o significados interpretativos y demostraban tres relaciones significativas entre el BVMGT y el Rorschach. Se cree que las hipótesis de Hutt sobre *la significación de las desviaciones en adultos* (lo subrayado es mío) han sido confirmadas, en parte, en niños.

Se ha hecho una cantidad de estudios concernientes a los efectos proyectivos de tipos específicos de distorsiones o métodos de trabajo con las reproducciones guestálticas o sobre las asociaciones con figuras específicas del test. Examinando algunos de los más relevantes estudios, se debe recordar *que ningún indicador por sí solo es capaz de tener gran validez para revelar características de la personalidad.* Cualquier signo puede ser producido por una gran variedad de condiciones tales como la edad o sexo del sujeto, experiencias traumáticas recientes, el condicionamiento cultural previo, métodos de dibujo aprendidos, y varias condiciones psicológicas. Cualquier signo propuesto debe ser interpretado, sin embargo, *como una hipótesis aceptable* cuya probable importancia debe verificarse comparándola con otros elementos de juicio concurrentes y con *"la acumulación de otros signos que tengan probablemente la misma importancia"*. Aun el más válido de los "signos" puede tener relativamente baja seguridad (así como validez) si se toma aisladamente, y por ninguna razón debe ser usado aisladamente para hacer pronósticos en casos individuales. En un caso individual, solamente la concurrencia de un número de signos y *sin que haya alguna contradicción evidente* será altamente significativa.

Uno de estos primeros estudios investigó las diferencias halladas entre agresivos, pasivos, y un grupo control de preadolescentes (Taylor y Schenke, 1955). La agresión y la pasividad se juzgaban sobre la base de un cuestionario controlado por dos evaluadores. El grupo control fue seleccionado sobre la base de los puntajes promedio de las evaluaciones. Un estudio como éste provoca un número de preguntas básicas: ¿Qué validez tienen las evaluaciones de agresión y pasividad; era el grupo "agresivo" o "pasivo" homogéneo en otras características de personalidad o grado de desajuste; qué tipo de agresión y qué tipo de pasividad estaban siendo evaluadas y qué tipos de características de personalidad que estaban relacionados (y factores Bender-Gestalt) se esperaban que estuvieran relacionados? Ninguna de estas preguntas es tratada en este trabajo. Se vio que los niños agresivos distorsionaban el tamaño de los dibujos más frecuentemente que los niños pasivos. Otros factores Bender-Gestalt que estudiaron (tales como la secuencia de colocación de los dibujos en la hoja y la dirección de la secante en la figura 5) no diferenciaban significativamente a los grupos. Sin embargo, en cuanto al estudio básico del dibujo y al fundamento teórico adecuado para las hipótesis especificadas, un estudio como éste debe ser considerado no concluyente.

En contraste con este estudio, consideremos otro hecho en base a una teoría compleja y racional (Story, 1960). Este investigador estaba interesado en las posibles *diferencias proyectivas* en la adaptación de Hutt del test de Bender-Gestalt entre un grupo de 30 alcohólicos y un grupo control de 30 individuos ni alcohólicos ni psicópatas, similar con respecto a la edad y al nivel socioeconómico. Los grupos fueron también controlados por un pasado educativo. Story comienza su relato afirmando: "La investigación psicológica en el área de las adicciones alcohólicas ha sido muy deficiente con respecto a los aspectos proyectivos más rudimentarios del test Bender-Gestalt". Especifica cuidadosamente también, cuando confronta su procedimiento de investigación con los otros que él ha revisado: "...Es necesario primero entender que *el método de administración del test empleado* por él difiere considerablemente del procedimiento usado en los estudios vistos antes". Story usó las tarjetas y los métodos específicos de administración propuestos por Hutt, incluyendo el método de "elaboraciones" y "asociaciones" (ver capítulo 4). Entonces extrajo algunas hipótesis de

la teoría de la personalidad y de la teoría de psicopatología concernientes a *dinamismos esperados* comunes al síndrome alcohólico. Seleccionó finalmente determinantes de la adaptación de Hutt del Bender-Gestalt que Hutt presumía que estaban *relacionadas* con estos dinamismos.

Como ejemplo de la manera en que Story desarrolló estas hipótesis, el que sigue puede servir de aclaración:

"La baja tolerancia a la frustración y la evitación correspondiente del stress se observa frecuentemente en los patrones de conducta de los alcohólicos. Característicamente, esta conducta se ve manifiesta en el retraimiento y huida de actividades interpersonales, profundamente arraigados respecto a las actividades interpersonales en general. Resumiendo, en lugar de soportar catexias satisfactorias e insatisfactorias, el alcohólico elige evadirse de ellas. Nuestra hipótesis es que este bloqueo psicológico frente a demandas interpersonales es evidente en ciertos dibujos al intersectar, tachar, o juntar líneas; p. ej. dibujos A, 4, 6 y 7. En el dibujo 6, por ejemplo, donde se puede percibir el estímulo como dos líneas sinusoidales intersectadas, o como dos líneas sinusoidales separadas que no se cortan pero sí se toman, nosotros presumimos que los alcohólicos percibirán y reproducirán estas líneas de la última forma (sin intersectarse) significativamente más frecuentemente que los sujetos control".

Dicho sea de paso, la alusión de Story a los "dibujos revisados", con lo cual se refiere a la adaptación de Hutt de los dibujos (más que los dibujos Bender), hace posible la prueba de esta particular hipótesis, considerando que los dibujos Bender no nos pueden llevar a probar esta hipótesis a causa de su valor de estímulo, posiblemente muy diferente. Es importante notar que él esperaba una "conducta-respuesta"; se apoya en observaciones clínicas ya resumidas en el volumen de Hutt y Briskin sobre el test y no se basa en teorías abstractas y sin fundamento.

Story formuló también otras hipótesis de manera similar. En esencia, eran éstas:

1. En su elaboración del dibujo 7, los alcohólicos tenderán a reproducirlos como exágonos no superpuestos.

2. En la elaboración del dibujo 2, los alcohólicos cambiarán las columnas de círculos al plano vertical, usarán líneas firmes y llenas, o guardarán la dirección en la angulación de los círculos.

3. Los alcohólicos contarán los puntos del dibujo 5, en voz alta o con un dedo o con un lápiz.

4. Los alcohólicos rotarán el exágono superior del dibujo 7 más de 5 grados pero menos de 20 hacia la izquierda.

El lector notará, especialmente después que haya leído el material del capítulo 5 sobre los factores específicos del test y su interpretación, cómo Story seleccionó sabiamente y adaptó los factores del test y la conducta del test para probar las hipótesis pertinentes.

Los hallazgos en este particular estudio de investigación confirman cada una de las hipótesis propuestas a niveles estadísticamente significativos. Un hallazgo adicional no mencionado anteriormente fue que los alcohólicos tendían a *elaborar* la figura 6 (las curvas sinusoidales como olas, cascadas, ríos, torrentes, lagos, etc., más significativamente ($p. < .005$) que el grupo control; un hallazgo sugestivo en el caso de los alcohólicos.

Otra línea de investigación se refiere a la interpretación proyectiva de la *dirección de las líneas.* Me han impresionado hallazgos del trabajo de Mira, y también de Werner (1957) de que la dirección característica en la que los adultos tienden a dibujar líneas (por ejemplo, de afuera hacia adentro o de arriba hacia abajo) indicaba alguna actitud general hacia el mando (ver capítulo 5). En general, la hipótesis era que el movimiento hacia sí mismo reflejaba una orientación egocéntrica y que el movimiento hacia afuera reflejaba una actitud de un mayor compromiso con el "mundo" y una más acertada orientación. Hipótesis similares han sido propuestas y examinadas respecto a dibujos, particularmente a los dibujos de niños (Alschuler y Hattwik, 1947). Dos estudios estaban especialmente relacionados al problema de la dirección del movimiento como un posible indicador de una personalidad egocéntrica. Ambos usaron un solo indicador de dirección de movimiento: dirección del movimiento al dibujar la diagonal de puntos que forma parte de la figura 5. Naturalmente, cualquier test basado en un solo fenómeno suministra una medida aproximada de la posible dirección general que un individuo puede usar en sus dibujos, y así se puede esperar obtener desde los más magros resultados a los mejores. Sin embargo se obtuvieron resultados sorprendentemente "buenos".

Peek investigó las relaciones entre la dirección del movimiento en la diagonal del dibujo 5, y aspectos específicos de la condición

clínica de 75 adultos (1953). Un grupo control consistía en pacientes internados neuropsiquiátricos seleccionados al azar, con diagnóstico similar, internados en hospitales y en vías de recuperación, pero que no fueron seleccionados con respecto a la dirección del dibujo de la diagonal de la figura 5. La condición clínica del paciente era evaluada sobre una lista de 40 variables —de nuevo, no el más válido de los indicadores de estas condiciones—. Se obtuvieron diecinueve diferencias significativas (diferencias significativas al nivel .05 o mejor). Los resultados confirmaron la hipótesis de Hutt acerca de que la dirección del movimiento de afuera hacia adentro indicaba un tipo de personalidad egocéntrica. Otros hallazgos mostraron que el grupo control era más dependiente, reaccionaba más a las frustraciones, y tenía más problemas físicos, tendientes a confirmar los rasgos generales de egocentricidad. Con todo, Peek indica que la utilidad práctica de su hallazgo está limitada por la considerable variabilidad que se encontró en los 2 grupos, especialmente en vista de las limitaciones del dibujo señaladas antes.

Clawson, en el estudio al cual ya nos hemos referido (1959) probó el poder de este mismo fenómeno (la dirección al dibujar la punta en el dibujo 5) con sus escolares. Encontró que este solo factor discriminaba el grupo "mal ajustado" del "ajustado" al nivel .05.

Hallazgos como éste sugieren el valor potencial que tiene un diseño bien elaborado de los puntajes, basado en un *número* de indicadores de características presumiblemente significativas, tanto en lo que hace a la clínica como a la investigación.

Otro estudio que está principalmente basado en el posible significado simbólico de ciertos aspectos de la conducta en el test Gestalt investigó el signo "penetración del dibujo 6 dentro del dibujo 5" (Sternberg, 1965). No necesitamos entrar al método específico de medición o detección de este fenómeno ni a su adecuación en cuanto a racionalidad. Es suficiente decir que se pensó que este fenómeno indicaba una tendencia al suicidio. Un grupo de 25 pacientes psicópatas que mostraban esta tendencia fueron combinados con otros 25 pacientes psicópatas que no lo mostraban, por edad, sexo, y diagnóstico psiquiátrico. La tendencia al suicidio se encontró en el 88 por ciento del grupo experimental, en el 44 por ciento del grupo control y en el 48 por ciento de los pacientes del hospital elegidos al azar. La diferencia en porcenta-

jes del grupo experimental y del grupo control fue significativa al nivel .005.

Otros estudios, que este breve resumen histórico no intenta rever, han trabajado con las relaciones entre la ansiedad y el desempeño en el Bender-Gestalt, que intenta extraer una medida de la fuerza del ego, en relación a condiciones psicosomáticas. El lector interesado puede consultar alguna de las revisiones de la literatura a la que nos hemos referido antes. A nosotros nos agradaría darnos el lujo de hacer un comentario de la mayoría de estos estudios.

Hayan arrojado hallazgos estadísticamente significativos o no, la mayoría de ellos se basan en fundamentos teóricos poco firmes o inexistentes en absoluto y no podían, pues, tener demasiada significación, ya sea teniendo en cuenta su contribución teórica o la práctica clínica. Nosotros creemos que, en las primeras etapas de la elaboración de una técnica proyectiva hay que abordar el problema con métodos empíricos de concepción amplia, con la esperanza de cosechar algunos hallazgos que puedan ser aplicados a tests más refinados y significativos o si no, proponer algún modelo teórico y probarlo en estudios clínicos y de investigación, esperando así llegar a conocimientos más complejos de los procesos básicos.

Un estudio de este tipo, que nosotros analizaremos en detalle en el capítulo 7, es un intento de desarrollar una medida significativa de acercamiento-alejamiento en la conducta percepto-motriz (Hutt y Feuerfile, 1963). La medida, llamada presente-ausente descansa en la observación clínica de que ciertas clases de distorsiones y cambios de tamaño en las "Gestalt" producidas por el sujeto se correlacionan con algunas cualidades básicas de la personalidad; así, una tendencia general a resistirse a recibir las informaciones del mundo exterior o/a la inversa, una tendencia general a captar y utilizar información del mundo exterior. Se elaboró la hipótesis de que existía en cada persona una tendencia general a relacionarse con el mundo entero dentro de una escala de acercamiento-alejamiento y que la base de esta tendencia yacía en los mecanismos percepto-motrices definidos como presente-ausente. Sobre la base de esta posición teórica, por un lado, y manifestaciones percepto-motrices, por el otro, se elaboró una *escala* tentativa para medir estas manifestaciones en la AHTGB. Se hicieron entonces una serie de estudios para probar la verosi-

militud de esta afirmación y perfeccionar la medición de presente-ausente (Hutt y Feuerfile, 1963). Estos tests involucran predicciones con una población de pacientes sordo-retardados, de que los individuos situados en lo alto del extremo "presente" de la escala, tenderían a sacar más provecho de su experiencia educativo-cultural que aquéllos situados en lo alto del extremo "ausente" de la escala. Se pronosticó también que habría diferencias significativas en la función cognoscitiva y en el grado de psicopatología. Estos pronósticos fueron confirmados.

Sobre la base de estos hallazgos, la escala de presente-ausente, consistente en un número de fenómenos percepto-motrices correlacionados, fue más profundamente revisada, y las pruebas adicionales del significado de la escala fueron llevadas a cabo con pacientes esquizofrénicos así como con pacientes psiconeuróticos que estaban bajo psicoterapia. Los hallazgos positivos condujeron a una más cuidadosa elaboración de la teoría, y a sugerencias para un estudio clínico y de investigación más profundo así como a aplicaciones prácticas (ver capítulo 7 de este libro).

Hay todavía una considerable controversia con respecto a la utilidad de las posibilidades proyectivas de la AHTGB y otras versiones del método Bender-Gestalt. Hay poca duda de que el método tenga potencial considerable, pero hay dudas relacionadas con el grado de validez, los mejores métodos para provocar la conducta proyectiva y para evaluarla, y las relaciones de tales fenómenos proyectivos con otros criterios importantes y significativos dados por la experiencia clínica. Solamente un estudio clínico más profundo y la investigación dilucidarán el significado profundo de estos fenómenos y llevarán a métodos más efectivos para provocarlos y evaluarlos.

Uso no proyectivo de la conducta percepto-motriz

Los psicólogos están motivados comprensiblemente para desarrollar métodos cuantificables objetivamente para evaluar la conducta, ya sea en un test o en otras circunstancias. Tales métodos reducen el elemento subjetivo en las evaluaciones y parecen ofrecer una base científica para juicios y pronósticos. Sin embargo, la objetividad que está al servicio de la claridad teórica, frecuentemente no sólo es prematura, sino que puede también inhibir una

exploración efectiva, o aun la definición de problemas importantes. Algunas veces, los fenómenos más significativos son los más difíciles de definir, y si se requiere una definición precisa y objetiva para poderlos comprender adecuadamente es mejor hacer a un lado y perder de vista estos fenómenos que verse asediado por la "confiabilidad insuficiente".

Una tendencia recurrente en la elaboración de puntajes objetivos para la conducta percepto-motriz ha sido intentar desarrollar una medida global de cierta naturaleza. El esquema de medición desarrollado por Pascal y Suttell, al que nos hemos referido antes, fue el resultado de tal orientación. Se puede tomar como una medida del grado de psicopatía o alternativamente, como Pascal y Suttell mismos lo toman, como una medida de la fuerza del ego. Como ellos afirman: "Si, para los propósitos de esta discusión, nosotros limitamos nuestra definición de funcionamiento del ego a la habilidad para reproducir correctamente los dibujos B-G cuando éstos se presentan, entonces nosotros podemos decir que la fuerza del ego está siempre representada desde los puntajes más bajos B-G a los más altos". Claramente, tal definición de la fuerza del ego deja sin definir lo que involucra realmente la fuerza del ego. En la mayoría de los trabajos de investigación que ha estimulado el punteo de Pascal-Suttell, el objeto era investigar la confiabilidad de la escala para diferenciar diversos tipos de psicopatías. Pascal y Suttell presentan datos para demostrar que hay diferencias progresivas y significativas entre los puntajes promedio de un grupo de neuróticos y los de un grupo de psicóticos. Aunque se han publicado algunos hallazgos contradictorios, estas conclusiones de Pascal y Suttell no han podido ser rebatidas; la escala ha demostrado ser válida para medir a grandes rasgos la gravedad de una psicopatía general. Es mucho más cuestionable que la escala sirva para diferenciar los casos de daño cerebral y los neuróticos o psicóticos, y probablemente deban usarse otros puntajes en tales casos. Los orgánicos pueden variar considerablemente en el grado de psicopatía y necesitan ser determinados específicamente de acuerdo al órgano enfermo, aunque el puntaje P.S. probablemente refleje algunos aspectos de cada tipo de fenómeno. Un reciente estudio usando grupos de pacientes *muy* cuidadosamente elegidos, mostró que la escala P.S. era muy pobre para discriminar individuos con daños orgánicos o funcionales (Stoer-Corotto y Curnutt, 1964). Hay que mencionar dos reser-

vas concernientes al valor de la escala P.S. para medir el grado de psicopatía: (1) aunque puede discriminar con validez *grupos* de normales, neuróticos y psicóticos, no es eficaz en el pronóstico de casos *individuales*. Por lo tanto, su utilidad clínica es en cierto modo limitada. (2) No hace, ni pretende hacer posibles pronósticos discriminativos específicos con respecto a las características personales individuales, tales como áreas de conflicto, o tipos de mecanismos de defensa, y por lo tanto no es útil *en este sentido* como instrumento clínico. Pascal y Sutell presentan normas para adultos así como normas tentativas para niños.

Un intento complejo y bien concebido para uniformar y evaluar un sistema de puntaje fue hecho por Gobetz (1953). Desarrolló un grupo de 82 categorías de punteo, presumiblemente basado en trabajos previos de Pascal y Suttell, Billingslea y Hutt pero lo definió esencialmente a su modo. El objeto de este estudio era determinar si los neuróticos y los normales pueden diferenciarse sobre la base de estas categorías de punteo. Y sacó esta conclusión: "El test de Bender, *tal como se puntea en este estudio* (lo subrayado es nuestro), se recomienda como un elemento accesorio, para ser usado como un suplemento de otros tests diagnósticos más que como un instrumento para elaborar una interpretación de los dinamismos de la personalidad individual". Sin embargo, encontró 5 signos globales que eran capaces de discriminar entre normales y neuróticos al nivel .05. Las mayores limitaciones en el trabajo de Gobetz, en cuanto a su propio objetivo de desarrollar un esquema de punteo *objetivo* eran: su imposibilidad de dar alguna evidencia de la validez de sus métodos de punteo, y la cuestionable validez de su población "normal" usada en contraste con su población neurótica.

En 1960 Hutt propuso una escala tentativa para psicopatología general, la "escala factor 19" cuya validez era según él .91 (Hutt y Briskin, 1960). Esta escala fue un intento de proveer un puntaje acumulativo basado en indicadores clínicos de psicopatía observados y en hallazgos comunicados por otros investigadores sobre los factores del test. La escala ha sido utilizada en otros dos estudios de investigación hechos por Hutt, con resultados promisorios, y se la describe y analiza en el capítulo 7 del presente libro.

Un número de escalas de punteo han sido desarrolladas para trabajar con niños. Como en el caso de las escalas desarrolladas para adultos, el objeto ha sido, generalmente, desarrollar una

medida global de alguna naturaleza. En la mayoría de los casos, el criterio de pronóstico considerado era el rendimiento en la escuela. Keller fue uno de los primeros en referirse a tales esfuerzos (1955). Trabajando con niños con un gran grado de retardo mental, y utilizando 3 categorías de factores presumiblemente relacionados con la madurez de las funciones viso-motoras, Keller pudo demostrar relaciones significativas entre el puntaje del test y la evaluación del maestro y del psicólogo. Este estudio se mostró promisorio en el uso de esta clase de puntaje para pronosticar el rendimiento escolar, pero era limitado en cuanto a su generalización (sólo 36 niños retardados mentales fueron usados como sujetos) y el fundamento teórico en que se apoyaba.

Otro método de punteo basado en "grados discriminados de calidad de la producción", con un punteo de sencilla estimación, es el preparado por un grupo de investigadores para una población de jardín de infantes (Keogh y Smith, 1961). Comprobaron que su método arrojaba puntajes que ofrecían considerable confiabilidad para predecir el rendimiento escolar. Era más simple que el esquema de puntaje Pascal-Suttell con el cual se correlacionaba .80 y tenía una muy buena conceptuación y bastante confiabilidad.

La investigación más extensa en el desarrollo del método de punteo para niños fue desarrollada por Koppitz (1958, 1960, 1964), quien usó, primariamente, grupos de criterio que estaban por debajo y por encima del nivel medio de rendimiento en la escuela, y a través de una serie de modificaciones y pruebas de validez, finalmente desarrolló un puntaje que ella pensaba estaba basado en la madurez percepto-motriz (un índice de desarrollo mental) y que era mucho más eficaz para pronosticar el criterio. Su trabajo proporcionó normas para niños entre 5 y 10 años de edad. Su libro, publicado en 1964, ofrece una prueba muy promisoria del valor de su método. En una prueba del método de punteo de Koppitz, usando un método de administración en grupo, Keogh halló que el puntaje de Koppitz estaba relacionado significativamente a criterios de lectura (las r oscilaban entre 0.23 y 0.37, pero no era significativo cuando se consideraba como constante la inteligencia (como se la mide por el Test de Madurez Mental de California). Uno de los curiosos hallazgos era que sólo buenos puntajes percepto-motrices servían como pronóstico del rendimiento en la lectura. Dado que este estudio empleó niños de jardín de

infantes (quienes fueron re-evaluados en el 3er. grado) la falla de los puntajes bajos para proveer pronósticos significativos puede deberse muy bien a la poca confiabilidad de los puntajes bajos y limitado rango de variabilidad de estos puntajes. Es también digno de señalar que un ajuste pobre puede producir puntajes altos, y que la falta de control de este factor puede haber atenuado la correlación con el rendimiento escolar.

Otros autores han dado normas para escolares con una escala de edad entre los 6 y 12 años (Armstrong y Hanck, 1960).

Se debe agregar también que existe gran posibilidad de que en el rendimiento de niños de muy corta edad, es decir por debajo de los 8 años de edad, operen diferentes factores que los que operan en los niños mayores y los adultos. Hay muchos elementos para creer que la madurez perceptiva y motora tienen diferentes curvas de desarrollo mental y entran en manera diferencial dentro del rendimiento de individuos a estos distintos niveles de edad.

Otra línea de estudios ha investigado la posible presencia de factores primarios en las reproducciones guestálticas de los sujetos. En una serie de estudios conducidos por Guertin con pacientes hospitalizados incluyendo orgánicos y esquizofrénicos, se intentó aislar estadísticamente factores independientes por medio de un método de análisis factorial (Guertin, 1952, 1954a, 1954b, 1954c y 1955).

Su primer análisis estableció cinco factores generales: (a) poco contacto con la realidad, (b) propensión a movimientos curvilíneos, (c) constricción, (d) ejecución descuidada y (e) contigüidad espacial pobre; se vio que los paranoides tenían el más alto índice en "poco contacto con la realidad", por ejemplo, y que esquizofrénicos no-paranoides tenían el más alto "índice" en "propensión para movimientos curvilíneos". Diversos significados se asignaron a cada uno de estos factores. En uno de los últimos estudios, se llevó a cabo un análisis más completo sobre el fenómeno de las distorsiones curvilíneas, y este fenómeno fue atribuido a 5 sub-factores. Aunque esta clase de estudios estaba limitada a tipos específicos de subgrupos de pacientes, y por ende la generalización a otros subgrupos psiquiátricos y a pacientes no hospitalizados puede cuestionarse, marcan un paso altamente significativo hacia la clasificación y el análisis de procesos subyacentes, en base a lo cual eventualmente se pueden obtener progresos más importantes para comprender los fenómenos.

Contrario, metodológicamente, es el estudio hecho por Hain (1964). Este investigador seleccionó 31 "signos" del Bender-Gestalt, a 15 de los cuales asignó ponderaciones diferenciales sobre la base de su eficacia para discriminar entre grupos con daño cerebral, grupos psicopáticos y grupos control. Usando los 15 signos y sus valores, se extrajo un puntaje para cada individuo. Este puntaje difería significativamente (al nivel .01) para el grupo orgánico y para cada uno de los otros grupos. Logró detectar el 80 % del grupo orgánico. Se comprobó que el índice era más efectivo para casos de daño cerebral *difuso* y era útil para encontrar casos de *lesiones localizadas y tumores*. En una prueba más rigurosa de este índice y de otras configuraciones de puntaje, un estudio posterior comparó el rendimiento de 142 pacientes con daño cerebral (76 casos de encefalopatía traumática, 66 casos de diversos desórdenes neurológicos) con el rendimiento de 120 pacientes de control (28 casos de disturbio neurológico sin lesiones cerebrales, 92 casos de esquizofrénicos agudos) (Mosher y Smith, 1965). Estos autores encontraron que tanto el puntaje de Hain como el de Peek-Quast diferenciaban los casos de daño cerebral de los pacientes control al nivel .001, pero también encontraron que los puntajes en ambas escalas identificaban correctamente sólo un relativamente pequeño porcentaje de casos. En general sacaron la conclusión pesimista de que su estudio "...no posee evidencia de que el T.B.G. sea en absoluto útil para diagnosticar estos casos verdaderamente cuestionables". Comprobaron que era mejor para casos de lesiones graves que requerían cirugía o que habían padecido fractura de cráneo. Una generalización como ésta no sólo carece de apoyo en los elementos de prueba presentados ya que la composición de los grupos, particularmente del grupo control, provoca más problemas de los que resuelve, sino que está en conflicto directo con muchos otros estudios a los cuales nos referiremos al discutir el diagnóstico de daño cerebral (ver especialmente capítulo 5). Sin embargo, el estudio aclaró la relativa eficacia de algunos factores percepto-motrices: distorsión, dificultad de angulación y coordinación pobre y grosera. Dejando de lado eso, se debe observar que probaron cinco de los signos Hutt-Briskin y encontraron que tres de ellos eran significativos (dos signos al nivel .01 y un signo al nivel .05). Los signos significativos *para este tipo de discriminación* eran: coordinación pobre y grosera; perseveración; colisión. Como un ejemplo de un estudio que

arrojó resultados que indicaban que el B-G era significativo para pronosticar el mínimo de daño neurológico (en niños), está el informe de Wiener (1966), quien halló los siguientes rasgos significativos: dificultad en la curvatura, dificultad en la angulación y tendencia a una grosera distorsión percepto-motriz.

Otra línea de estudio se ha ocupado de investigar el posible significado de los procesos percepto-motrices básicos. En algunos experimentos ingeniosos Fabian intentó estudiar el significado de las "rotaciones" para el rendimiento de escolares y la relación con dificultades en la lectura (1945, 1951). Primero fue estudiada la frecuencia del fenómeno de rotación. Se encontró que la rotación de las figuras era muy común en niños de jardín de infantes, pero cuando los niños avanzaban en edad la frecuencia de rotaciones disminuía considerablemente.

Más de la mitad de los niños muy pequeños rotaban los dibujos, pero sólo el 7 % de aquellos que estaban entre siete años y medio y nueve años de edad continuaban haciéndolo. Entonces, usando líneas horizontales modificadas, se encontró que el 51 por ciento de los de 6 años, pero sólo el 22 por ciento de los de 6 años y medio rotaban a una o dos figuras. También se les pidió a los niños que dibujaran líneas rectas, sin ninguna instrucción con respecto a la dirección, y casi el 70 por ciento dibujó líneas verticales. Estos hallazgos llevaron a Fabian a concluir que la "verticalización" (o rotación hacia arriba de la orientación horizontal) era un proceso de desarrollo o maduración en niños pequeños y que la persistencia de esta tendencia indicaba un atraso en tal desarrollo o una regresión. Se vio que este atraso estaba relacionado con un aprendizaje pobre en lectura. Es interesante que la posible contribución de factores emocionales a este atraso no fue considerada, y que se pensó que el atraso se debía a factores genéticos como Bender lo había señalado antes.

Lachamann decidió que era importante estudiar la posible contribución de factores emocionales al atrasado desarrollo mental en la habilidad percepto-motriz y en la lectura. Una comparación de lectores normales pero emocionalmente perturbados mostró que dichos lectores mostraban distorsiones viso-motoras. Se sacó la conclusión de que la hipótesis del atraso del desarrollo mental en la conducta percepto-motriz no puede ser causa, por sí misma, de la dificultad en la lectura. Nosotros podemos agregar que es también muy posible que factores emocionales puedan producir

rotaciones y otras distorsiones y que los signos regresivos de conducta viso-motora pueden ser el resultado de anomalías en el desarrollo o de perturbaciones psicológicas. En un próximo capítulo de este libro comentaremos el hallazgo, en el estudio de Fabian y de otros, de que ciertas figuras son mucho más susceptibles de ser rotadas que otras.

Uno de los problemas más desconcertantes concierne a la relativa contribución de procesos perceptuales y motrices a tareas percepto-motrices tales como la AHTGB. Existe alguna evidencia sobre este problema. Nosotros resumiremos los hallazgos de tres estudios dedicados a este problema. En el primero (Mc Pherson y Pepin, 1955), se les pidió a los sujetos que reprodujeran los dibujos en la forma habitual (dibujándolos) así como también construyéndolos, colocando pedazos de fieltro en la posición adecuada para abarcar los dibujos. Los resultados parecen indicar que la habilidad motora no es, por sí misma, primariamente responsable de una reproducción correcta, y que los procesos perceptivos subyacentes eran primariamente responsables de un desempeño adecuado. En otro estudio (Niebuhr y Cohen, 1956), se les pidió a 40 sujetos que tomaran el Bender-Gestalt bajo diferentes condiciones experimentales. Los sujetos fueron divididos en cuatro subgrupos de 10 personas cada uno: enfermeras; esquizofrénicos agudos; esquizofrénicos crónicos, y casos neurológicos. Sus resultados indicaban que los factores perceptivo-motrices estaban relacionados por igual con la gravedad de la psicopatía de los grupos, de modo que el grupo con la más grave psicopatía obtenía los puntajes más pobres en *ambos* factores. Sin embargo, este estudio no responde a un número de preguntas relevantes: (1) aparte de las enfermeras, ¿qué seguridad puede tener uno de que los otros grupos diferían significativamente en el grado de psicopatía? (2) ya que estos autores informaron que la edad y el grado de psicopatía, tal como fue evaluada, estaban altamente relacionados, los resultados ¿no pueden atribuirse, al menos en parte, al factor edad? Sin embargo, los hallazgos sugieren que ambos factores perceptivo y motriz contribuyen al rendimiento en el Bender, *cuando se miden.*

Una investigación más compleja arroja alguna luz adicional a este problema (Stoer, Corotto, y Curnutt, 1965). En este estudio, buscando otras conexiones, varios grupos de sujetos (controles, orgánicos, esquizofrénicos agudos y esquizofrénicos crónicos) fue-

ron seleccionados por la edad, sexo e inteligencia. A estos adultos se les pidió entonces que reprodujeran cada uno de los dibujos guestálticos sobre una tarjeta de tamaño similar a la del test. Se les pidió también que compararan el dibujo estímulo con otros ocho dibujos (uno de los cuales era su propia reproducción del dibujo), y los clasificaran de acuerdo a una escala que iba de menor parecido a mayor parecido con el dibujo-estímulo. Tanto las reproducciones de los dibujos de los sujetos como los dibujos usados en la serie comparativa fueron punteados por el método de Pascal-Sutell. No se halló ninguna diferencia significativa en la tarea de apareamiento. La variancia en los cuatro grupos con respecto a las reproducciones fue significativa al nivel .05. Se llegó a la conclusión de que un desempeño desviado refleja "defectos en las funciones motoras y/o integrativas" y tal posición "... está de acuerdo con la experiencia clínica concerniente a la utilidad del test para la detección de patologías neurológicas y funcionales". Recomendamos nuevamente al lector no generalizar estos hallazgos y estas conclusiones a otros métodos de punteo, a otros grupos, o a otros métodos de administración. Sin embargo, todos los descubrimientos hechos hasta ahora, juntos, sugieren la naturaleza esencial de la función integrativa detectada por tareas perceptomotrices, e indican una razón posible de por qué dicha tarea más que otra *"puramente perceptual"* o *"puramente motora"* es útil para muchos aspectos del trabajo clínico.

Una de las áreas donde más se ha trabajado es en el diagnóstico diferencial del daño cerebral. Dicho daño puede, por supuesto, tener muchas formas, involucrar regiones cerebrales "críticas" y "no-críticas", ser de moderada o de gran gravedad, y puede involucrar porciones localizadas y pequeñas del cerebro o secciones de cerebro amplias o difusas. Estas diferencias no sólo son capaces de influir en el rendimiento de la actividad percepto-motriz en modos muy diferentes y muy diferentes grados, sino que la misma condición puede producir diferentes efectos psicológicos en diferentes individuos, en función de otros factores, como su anterior estado físico y psicológico, y la naturaleza del proceso de recuperación o compensatorio que puede estar involucrado. Sería inconcebible, por lo tanto, esperar que *un único sistema de punteo o un único método de análisis con cualquier test psicológico sea capaz de dar otra cosa que un pronóstico imperfecto de toda la gama de deficiencias orgánicas.* Lo mejor sería, por supuesto, ser mucho

más modesto y pronosticar con *razonable* certeza algunos tipos de defectos orgánicos bajo ciertas condiciones.

En su revisión de la literatura en esta materia, antes de 1961, Tolor y Schulberg afirmaron: "Existen argumentos abrumadores en estos estudios de la validez concurrente del test de Bender. Por consiguiente, se observa que el desempeño en el Bender de grupos con deterioro cerebral, puede distinguirse de diversos grupos psiquiátricos, ya sea por medio de criterios objetivos de punteo o por evaluaciones más globales" (1963). Pero, en un análisis subsiguiente de la literatura, Garron y Cgeifetz afirmaron que este test es relativamente ineficaz para diferenciar individuos con graves perturbaciones psicológicas de aquellos con enfermedad orgánica cerebral (1965). Sin embargo, estuvieron de acuerdo en que los diversos métodos de punteo diferenciaban significativamente los *tipos* de *grupos* de diversos tipos de desórdenes. Una muestra de los hallazgos de investigación relativamente reciente puede arrojar alguna luz.

El estudio de Hain, al cual nos hemos referido antes, usando un puntaje derivado de la gravitación de 15 factores seleccionados halló que este índice diferenciaba significativamente (al nivel .01) el grupo con cerebro dañado (N= 20) y cada uno de los otros grupos: psiquiátricos (N=38) y control (N= 25) (Hain, 1964). Se llegó a la conclusión de que el índice era eficaz para daño cerebral difuso (como arterioesclerosis e insuficiencia cerebro-vascular) pero no era adecuado para casos de lesiones localizadas. Otro investigador (Armstrong, 1965) comparó la eficacia relativa de los puntajes basados en la fase de copia y la fase de re-test [*recall phase*] (ver capítulo 4) para diferenciar cinco grupos de diagnósticos orgánicos, esquizofrénicos, depresivos, neuróticos, y desórdenes de carácter. El N total fue relativamente pequeño (N 72), y se eliminaron del estudio a los adultos de más de 60 años para igualar la edad de los grupos. Usando métodos de punteo objetivos se encontró que la fase de copia diferenciaba a los enfermos orgánicos tanto de los esquizofrénicos como de los neuróticos al nivel .001, y que la fase de re-test diferenciaba mejor los enfermos orgánicos de los no-orgánicos. Con el último puntaje, no había casi diferencia entre los dos grupos mayores y sólo el 21 por ciento de los pacientes no-orgánicos llegaban a un puntaje tan alto o más alto que los pacientes orgánicos.

Un estudio posterior cuyo objetivo era probar los puntajes

de Hain y de Pascal-Suttell para diferenciar orgánicos de no-orgánicos también alcanzó resultados altamente positivos (Kramer y Fenwick, 1966). Ambos puntajes diferenciaron el promedio de los grupos de pacientes adultos al nivel .001, pero el puntaje Hain, *diseñado especialmente con este propósito*, logró mejores resultados. Además, *no dio ningún falso positivo* al clasificar adecuadamente el 76 por ciento de los pacientes. Curiosamente, un "experto" en el Bender, usando criterio clínico, obtuvo 81 por ciento de clasificación correcta —un hallazgo para tratar de lograr resultados similares alcanzados por un número de "expertos" en el Bender en otros estudios—.

Se debe notar que, de los dos estudios a los que nos referimos antes (Moscher y Smith, 1965, y Wiener, 1966), y que aparentemente dieron resultados contradictorios con pacientes que mostraban un mínimo daño neurológico, el que utilizó *una escala de grado de deficiencia neurológica* basada en datos prenatales y recientes hechos neurológicos, y que también *consideraba cuidadosamente* las variables raza, sexo y ambiente social en un amplio grupo de sujetos (822), no obtuvieron resultados con el Bender que pronosticaran significativamente empeoramiento neurológico en niños. Aunque los hallazgos positivos de Wiener necesitan ser replicados, son altamente sugestivos del valor del test cuando se toman cuidadosamente en consideración los factores apropiados. Un estudio relacionado con esto (Mc Connell, 1967) y que trabajó con niños, también halló que esta vez el "test" punteado de acuerdo a las normas de desarrollo de Koppitz, diferenciaba significativamente 120 niños que fueron divididos en tres niveles de acuerdo al *grado de organización.*

Parece adecuado llegar a la conclusión de que ciertas clases de puntajes derivados de tareas percepto-motrices y ciertos tipos de juicios globales son muy útiles para diagnóstico diferencial de daño orgánico. Hay también considerable evidencia de que algunas clases de defectos orgánicos afectan al test y a la conducta, lo que permite diferenciar pacientes orgánicos por un lado y otros diversos grupos clínicos y no-clínicos por el otro.

Estudios básicos e investigación clínica de los fenómenos percepto-motrices han trabajado con una variedad de otros fenómenos clínicos además de aquellos de los que nos hemos ocupado. Algunos de estos problemas están en las áreas familiar y no-familiar, en el retardo mental, los efectos de la psicocirugía, efectos de

agentes psicofisiológicos y farmacológicos, psicosis maníaco-depresivas, y relaciones con otros fenómenos clínicos y psicológicos. Nosotros consideraremos estos estudios en varios puntos de este libro donde resulten relevantes.

Este breve resumen y evaluación de la historia del trabajo hecho con los fenómenos percepto-motrices sugiere que el material en esta área es muy rico. A pesar del gran número de estudios hechos hasta ahora, sólo estamos en el comienzo de la exploración de esta rama. Es fácil volverse demasiado optimista sobre las posibilidades y generalizar los hallazgos, pero el tiempo y un estudio paciente nos ayudará a afirmar más las posibilidades en esta área.

CAPÍTULO III

PROBLEMAS GENERALES EN PSICODIAGNOSTICO

Para usar un instrumento de diagnóstico adecuadamente, el intérprete debe poseer cierto número de atributos básicos. No se necesita decir que debe comprender perfectamente el instrumento que está empleando; su fundamento teórico, sus métodos de estandarización, sus técnicas de administración, sus hallazgos clínicos y experimentales y su validez y limitaciones al aplicarlo a los fenómenos particulares a los cuales está destinado. Sin embargo, el tener todos estos atributos para un test particular o para una serie de técnicas de diagnóstico no convierte al intérprete en un clínico. El es simplemente un psicometrista, aunque pueda ser excelente y aportar significativamente a este campo. No debemos subestimar las funciones y valores del psicometrista, pero, con el mismo sentido, no debemos confundirlo con las funciones y valores del clínico.

La distinción entre el psicometrista y el clínico es importante por razones teóricas y prácticas. El primero, de acuerdo a nuestra definición, ha desarrollado un conocimiento apropiado y una habilidad para usar e interpretar uno o más instrumentos y técnicas. No está necesariamente bien versado en psicología general, mucho menos en psicopatología o aun en psicología de la personalidad. No ha sido entrenado para relacionar hallazgos psicométricos con otros aspectos de la historia clínica o con otros datos clínicos y para manejar las medidas terapéuticas para el paciente. Tiene conocimiento y respeto por los hallazgos clínicos concernientes a la confiabilidad y validez de las medidas que emplea, pero no está profesionalmente en posición de ir más allá de lo que sus conocimientos le permiten. Y, como veremos, el diagnóstico clínico, o, como nosotros preferimos decir, el psicodiagnóstico, involucra

mucho más. El psicodiagnóstico incluye la reunión y valoración de *todos* los elementos de juicio vinculados con el paciente, un análisis de los factores causales en la condición presente (bajo qué condiciones esto da lugar a aquello) y el pronóstico de aquellos cambios que se pueden esperar de la presente y/o alterada circunstancia (Hutt y Gibby, 1957).

Como hemos señalado, la distinción entre estos dos tipos de profesionales importa por razones teóricas. Estamos aún en un nivel de desarrollo de la psicopatología en el cual suponemos que un síndrome psiquiátrico dado constituye una única entidad separada y distinta de todas las otras entidades. Algunos profesionales han comenzado a cuestionar esta suposición y otros ya la han rechazado. Sin embargo, mientras se mantenga esta suposición, es necesario postular que una configuración dada de *características de conducta* define una entidad clínica particular, con su etiología, desarrollo y resultado. Así, la psiquiatría llegó a la clasificación básica de "desórdenes mentales" con el descubrimiento de que cierta clase de conductas tiende a pertenecer a un conjunto de condiciones etiológicas mientras otras pertenecen a otras condiciones. Este tipo de psiquiatría descriptiva tiene que suponer una relación uno-a-uno entre la configuración de la conducta y sus fundamentos psicopatológicos. Casi todos los tipos de tests objetivos de la personalidad llevan a la misma suposición: que hay una relación uno-a-uno entre medidas de conductas y anormalidad psiquiátrica. Ya la evidencia clínica y la investigación han confirmado esta premisa fundamental.

Se ha demostrado que algunos pacientes que caen dentro de una categoría psiquiátrica, más tarde pueden pertenecer a otra. Por ejemplo, un grupo de pacientes originalmente diagnosticados como maníaco-depresivos, se halló más tarde, en un estudio posterior, que se los podía clasificar como maníaco-depresivos en algunos casos y como esquizofrénicos en otros casos, y aun en otras diferentes categorías, sobre la base del desarrollo posterior de su condición y su cambio en las características de conducta (Hoch y Rachlin, 1941). Una duda creciente reside en la homogeneidad esencial de la esquizofrenia como una entidad distinta. Cierto que los pacientes con la forma simple y hebefrénica difieren de otros con formas paranoides y catatónicas en ciertos aspectos importantes: regresión, susceptibilidad al tratamiento, remisión espontánea y otros. Similarmente, muchos individuos que muestran

reacciones típicas de condiciones psiconeuróticas como resultado de un trauma agudo difieren significativamente de las variedades usuales de psiconeuróticos. La evidencia clínica reunida durante los años de la Segunda Guerra Mundial sustenta ampliamente esto (Grinker y Spiegel, 1945). Finalmente, personas con desórdenes de carácter neurótico son difíciles de distinguir, sobre la sola base de los síntomas de conducta, de otras personas con desórdenes neuróticos clásicos del mismo tipo (Hutt y Gibby, 1957). Todas estas observaciones y otras relacionadas con las mismas, sugieren que no existe relación real uno-a-uno entre el agrupamiento psiquiátrico y el fundamento psicopatológico. Aparentemente, ésta es una de las razones probables por lo que los criterios psiquiátricos de la psicopatología tienen baja confiabilidad.

Si no hay, pues, ninguna relación completa entre síntomas o conductas y tipos de psicopatología, se sigue que no puede haber una relación simple y unilateral entre un signo o una medida del test y una condición psiquiátrica. Por el contrario, el significado de un signo del test o una medida del test puede adquirir diferentes sentidos dependientes de *la constelación de la cual forma parte* y dependientes de las *condiciones que dan lugar a ello*. Lo primero puede ser probado estadísticamente evaluando el poder diferencial de varias configuraciones de signos. En realidad este es un esquema que ha sido seguido por una considerable parte de la investigación clínica contemporánea. Aunque este desarrollo ha ofrecido alguna promesa, sobre todo en algunas áreas —problemas tales como diagnóstico diferencial de patología cerebral— en general los resultados no han sido alentadores. Esto era de esperar, ya que las configuraciones de medidas de la conducta sólo pueden (si se han obtenido de manera adecuada) contribuir a la exactitud de la predicción de configuraciones de conducta, es decir, categorías psiquiátricas y nosotros hemos visto que las categorías psiquiátricas pueden ser de valor relativo. La segunda restricción señalada, la condición que origina la conducta, puede, y por razones teóricas debe, dar mejores resultados. Aquí nosotros podemos comenzar a trabajar con *los fenómenos procesales*, que tienen una cierta independencia de los fenómenos de conducta resultantes. Antes de que procedamos a elaborar este punto, vamos a agregar que no vamos a recomendar el abandono de las medidas configuracionales, porque creemos en su utilidad:

destacaremos el valor de los fenómenos procesuales para el diagnóstico diferencial y las bases teóricas para su uso.

Por *fenómenos procesuales* queremos decir derivaciones directamente relacionadas a factores causales subyacentes. Podemos aclarar el significado de esta definición comparando los fenómenos de conducta usuales con los fenómenos procesuales. Un individuo, por ejemplo, tiene una forma de conducta pasiva. Su pasividad puede ser fácilmente reconocida como tal, y pueden usarse técnicas para medir la intensidad de esta característica. Pero lo peculiar de la conducta en una persona puede significar algo muy diferente de lo que puede significar en otra. En un caso, puede ser expresión directa o retraimiento de defensas de evitación. En otro, puede significar la presencia de cierto grado de conflicto con la necesidad de dependencia. En otro, puede representar una reacción de compromiso, o una formación reactiva a impulsos agresivos latentes. La evaluación exacta del rasgo, pues, nos dice poco o nada sobre los procesos subyacentes que dieron origen a la conducta. El rasgo puede concebirse como resultante indirecta de distintos fenómenos procesuales subyacentes. La pasividad, pues, sería el producto de distintos impulsos en conflicto y su "resolución" de acuerdo con los recursos del yo para manejarlos en un contexto cultural dado.

El mismo argumento puede aplicarse a otros casos similares —que están mucho más adecuadamente descriptos como "características superficiales"— (Hutt y Gibby, 1957). Las características se conciben usualmente como tendencias de conducta más o menos persistentes. La mayoría de los tests objetivos de estudio de la personalidad tiene en cuenta tales características superficiales, y muestran que son de valor considerable para pronosticar los fenómenos de conducta que un individuo puede manifestar. Sin embargo, para trabajar adecuadamente con la persona que tiene estas características, y aun para comprenderla, necesitamos saber algo sobre las condiciones que les dieron lugar. Y para lograrlo debemos comprender, medir y trabajar con los fenómenos procesuales primarios que las producen (Carr, 1960).

Los fenómenos procesuales, entonces, se refieren a los dinamismos de la conducta resultante. Tienen su raíz en las tendencias latentes que cada individuo posee, en los impulsos que motivan su conducta. Raramente los impulsos se manifiestan por sí mismos directamente en una conducta, ni aun en los sujetos más pri-

mitivos. Se puede decir que cuanto más civilizado es el individuo, más indirecta es la expresión de sus impulsos primarios. La civilización impone que los impulsos sean socializados: inhibidos, postergados e integrados de manera socialmente aceptable. La psicopatología que, por diferentes razones, tiene carácter defensivo también requiere que sólo la más indirecta expresión de los impulsos sea permitida. Pero en ambos casos, la conducta manifiesta puede ofrecer solamente claves oscuras de los procesos que la motivan. Se puede agregar que es más fácil inferir los impulsos que motivan la conducta en caso de un individuo civilizado "normal" que en caso de un individuo psicopático. Su expresión en la conducta es más directa en el primero.

Los tests proyectivos y el empleo clínico de las hipótesis proyectivas prueban que procesos subyacentes dan lugar a una forma dada de conducta. Cuando a una persona se le pide que responda a un estímulo relativamente no estructurado, nosotros presumimos que en el proceso de organizar su respuesta para esta situación, empleará algunas derivaciones de sus impulsos internos, y que proyectará estcs impulsos en la situación del test. Si obtenemos un número de muestras de tal conducta proyectiva podemos, entonces, inferir la presencia e intensidad de tales impulsos. Nótese que decimos *inferir*, porque la conducta proyectiva es también conducta manifiesta, y simplemente nos permite un mayor acceso a los fenómenos internos, pero no los mide directamente. Hay dos condiciones entonces, para el uso eficaz de la conducta proyectiva: una muestra suficiente de tal conducta bajo condiciones variables, y una inferencia sobre el proceso que originó la conducta.

Ahora estamos en condiciones de comprender el papel del clínico. Deseará emplear, como el psicometrista, aquellas técnicas y medidas que le permitirán el acceso, con un grado apropiado de confiabilidad y validez, a la presencia e intensidad de las características que el paciente presenta. Pero dará un paso más allá, tratará de relacionar estos hallazgos y la historia clínica con las condiciones que les dieron lugar. En este último paso empleará, entre otras cosas, instrumentos como tests proyectivos para tener acceso a los fenómenos procesuales. Para hacer esto, necesitará buenos instrumentos para evaluar la conducta proyectiva, necesitará saber cómo extraer ciertas clases de inferencias de los resultados de tales "tests" y, si está entrenado científicamente, ponderará el significado de la evidencia, buscará hallazgos que corroboren o

rebatan su premisa, e integrará todos estos datos en la explicación más objetiva sobre los problemas tratados.

Para desempeñar el papel del clínico adecuadamente, y no sólo "jugar al clínico", el individuo deberá tener cierta clase de entrenamiento y ser capaz de usar ese entrenamiento en forma eficaz. En primer lugar, poseerá un entrenamiento muy firme en psicología general, de modo que tenga un completo conocimiento de los hallazgos relativos a la conducta en general. Entre otras cosas sabrá algo sobre los principios del método científico, y poseerá formación básica relativa a mecanismos biológicos, al desarrollo de la conducta, incluyendo procesos sensoriales y percepción, y moldes de conducta, los valores y limitaciones de las teorías corrientes de la personalidad, el estado actual de nuestro conocimiento relativo a psicopatología, y teorías y técnicas relativas a procesos terapéuticos. De éstos, quizás lo más importante en el clínico sea su conocimiento de la teoría de la personalidad y psicopatología, porque sin esto no puede hacer inferencias adecuadas sobre sus observaciones y hallazgos del test, ni puede corroborar sus hipótesis iniciales sobre un paciente contra otras hipótesis más aceptables quizás. Con estas seguridades en su entrenamiento puede, si no está muy rígidamente atado a sus especulaciones *iniciales* sobre el paciente, comenzar a pensar en las posibles implicancias de sus datos (Hutt, 1968).

El último punto probablemente necesite más elaboración si se quiere dejar en claro para el lector. Hay probablemente dos grandes limitaciones en el trabajo del clínico que pueden interferir en su eficacia. Una es la insensibilidad para los datos pertinentes. Esto puede provenir de un conocimiento inadecuado sobre la conducta, y especialmente sobre la conducta psicopatológica, o puede provenir de una falta de habilidad en él mismo como observador. Ambos pueden ser corregidos por el entrenamiento, aunque puede haber serias limitaciones sobre lo que el entrenamiento puede llevar a cabo en algunos tipos de personalidad. La otra limitación, también relacionada con entrenamiento y personalidad, concierne a la "libertad de especular sabiamente" sobre el paciente. Los datos, una vez que han sido reunidos deben ser examinados en modos tan variables como para probar al máximo las significaciones que pueden tener. El clínico debe ser capaz, además de elaborar hipótesis relevantes sobre el paciente, aun cuando la evidencia sea primero tentativa y corroborar estas hipótesis so-

bre la base de la evidencia. El entrenamiento científico frecuentemente sobrevalora la corroboración de hipótesis y subestima la habilidad de desarrollar hipótesis creativas y francamente especulativas. Ambos tipos de pensamiento creador son esenciales para desarrollar y estudiar hipótesis acerca del paciente.

Los tests proyectivos dan acceso a datos relacionados con procesos internos, y estos datos pueden ser manipulados de varios modos para dar lugar y corroborar inferencias concernientes a conductas psicopatológicas. Resultan menos útiles para definir síndromes psiquiátricos específicos derivados de un examen de núcleos de conducta manifiesta. La tarea se cumple mejor mediante análisis del historial y del caso o mediante tests de personalidad más objetivos y definidos. Las críticas a los tests proyectivos que alegan que los estudios de validación sobre ellos no han tenido éxito son exactas, pero no ven que la designación de un síndrome psicopatológico general dice muy poco acerca del significado de la conducta de un paciente concreto.

Y aquí, otra vez, debemos enfatizar nuestra afirmación de que una clasificación psiquiátrica tiene poco significado personal para trabajar con el paciente. Define la categoría de sujetos en general a la cual designa y sus conductas manifiestas, pero no presume que *todos* los sujetos que entran dentro de la misma clasificación tengan los mismos conflictos, los mismos impulsos y aun necesariamente la misma psicopatología. Adquirir conocimientos sobre estos hechos requiere una evaluación más adecuada de la naturaleza de los impulsos, la naturaleza de los conflictos, la naturaleza de los recursos del ego, y otras características específicas de la psicopatología. Esta es la tarea del clínico: describir o estudiar la estructura del carácter del individuo, no simplemente designar el síndrome que padece. Y ésta es la tarea que debe encarar el terapeuta si desea tener datos significativos para manejar eficazmente su relación interpersonal con el paciente. Hay que aclarar este argumento estableciendo que una clasificación psiquiátrica conduce hacia la categoría general de pacientes a los que el individuo pertenece, y es muy útil por razones administrativas, mientras que la evaluación psicodiagnóstica del paciente conduce a hechos específicos de los procesos dinámicos que posee ese paciente particular y a un manejo adecuado del paciente.

La AHTGB es particularmente útil para tener acceso a procesos internos. Puede ser usada, y algunos estudios lo han hecho,

para extraer puntajes basados en un grupo de errores perceptivos, para definir categorías psiquiátricas o la gravedad de la psicopatía (Bender, 1938; Gobetz, 1953; Pascal y Suttell, 1951). Como ya hemos indicado, tales usos tienen valor limitado, y debe haber otros medios más eficientes para asegurar tales resultados, o la AHTGB puede ser usada para llegar a fenómenos procesuales subyacentes que dan lugar a una conducta resultante. Por los modos en los que el individuo percibe, organiza y ejecuta respuestas a una tarea de esta clase, se establecen los aspectos proyectivos de su conducta, y este test conduce a hipótesis proyectivas sobre el paciente.

Ofreceremos ahora algunas formas de este aspecto del psicodiagnóstico y presentaremos una muestra de un análisis proyectivo de un protocolo de un test para concretar la discusión. El capítulo 2 y los capítulos 5 y 6, especialmente, ofrecen más detalles referentes a este método.

Cuando a una persona se le pide que examine un dibujo guestáltico simple, lo puede percibir adecuadamente o no. Si lo hace o no depende, en primera medida, de la maduración biológica del organismo. Sin tal maduración el organismo es incapaz de percibir Gestalt maduras (Wertheimer, 1923). Si, en algún caso, el individuo es capaz de percibir algunas de las formas más maduras, (más madura sobre la base de datos normativos) pero es incapaz de percibir adecuadamente algunas de las menos maduras tendremos a primera vista la evidencia de que el responsable de esto es algún disturbio en la personalidad, y no una madurez general inadecuada.

Ahora, presumiendo que aparezcan discrepancias como la apuntada arriba, ¿qué se puede deducir? Hay algunos casos de distorsión perceptiva, cada uno de los cuales está relacionado con diferentes clases de defensas. Si, por alguna razón idiosincrásica, la forma es percibida como amenazadora por el individuo, éste puede defenderse con una conducta sobre-presente o sobre-ausente (ver capítulo 7). La conducta ausente representa un intento de huir del estímulo perceptivo. En casos extremos, el individuo puede "anular" el estímulo (o parte de él) y puede no ver en absoluto. Algunos casos de ceguera histérica se manifiestan con estas clases de defensa. Puede también ver el estímulo más pequeño de lo que es en realidad. Algunos casos de micropsias presentan este tipo de defensas. O puede percibir algunas partes del estímulo como relativamente más pequeñas que otras partes. Algunos casos de res-

puestas represivas y anuladoras a las porciones curvas del estímulo representan estas clases de defensa contra el significado simbólico que las líneas curvas tienen para algunos pacientes. Por otro lado puede mostrar una respuesta sobre-presente, probablemente un tipo de defensa más madura y activa, aumentando las medidas perceptivas del estímulo o de parte de él. En tales casos el paciente es capaz de enfrentarse más directamente con el estímulo que cuando se "aísla" reduciendo el tamaño, pero hace también esfuerzos compensadores con él.

Además de la distorsión grosera del tamaño se da otra pauta general de defensa. El paciente puede mostrar el tipo de distorsión llamado *retrogresión.* En tales casos, el paciente sustituye una Gestalt más primitiva por otra más madura, tal como la sustitución de curvas por puntos o de características no-pregnantes por características pregnantes.

Otro tipo más de distorsión está dado por una rotación perceptiva en la que la figura se percibe como si su eje hubiese sido rotado algunos grados. Hay varias hipótesis relacionadas con diferentes grados de rotación, y con la dirección de la rotación; en general la rotación parece representar sentimientos de impotencia de reaccionar al estímulo y a las características psicológicas que él representa.

Estos tres ejemplos de distorsión perceptiva pueden ser suficientes en este momento para indicar las posibilidades proyectivas de descubrir ejemplos relativamente puros de conductas defensivas. Como luego veremos hay muchos otros tipos y subtipos de distorsión perceptiva, muchos de los cuales han sido estudiados experimental y clínicamente.

Pero la AHTGB no involucra sólo percepción, sino también conducta motora. Aquí podemos utilizar ejemplos de conducta motora aberrante como camino a necesidades internas, defensas y conflictos. Por ejemplo, una muy simple indicación de ansiedad es la incapacidad de hacer movimientos suaves y aun motores como resultado de la incoordinación y conducta motriz impulsiva. Otro ejemplo es la tendencia a exagerar o a disminuir los movimientos en planos horizontales o verticales, tendencias que se relacionan con conflictos para enfrentarse con figuras autoritarias y con relaciones estrechas interpersonales respectivamente (Mira, 1939-1940; Mira, 1943). Otra es la dificultad para ejecutar respuestas motoras relativamente simples, que exijan el cruzamiento de lí-

neas y el cerramiento de las figuras, dificultades relacionadas con el miedo o incapacidad en mantener catexias emocionales con otras personas (Clawson, 1959; Story, 1960). Cada una de estas respuestas puede, por supuesto, ser la resultante de disturbios en la esfera perceptiva o motora.

Finalmente, la AHTGB involucra el planeamiento, organización y revisión de los planos en las fases sucesivas del método *básico*, la fase de *copia*, la fase de *elaboración* y la fase de *asociación*. La distribución en la hoja (u hojas) de dibujos sucesivos, el uso del espacio, el uso de márgenes, la capacidad o incapacidad para modificar o corregir discrepancias —éstos y muchos otros hechos que entrañan el planeamiento y organización de respuestas sucesivas— nos dan una evidencia proyectiva de los distintos tipos de personalidad de los pacientes. Por ejemplo, el amontonamiento de muchos dibujos en una pequeña esquina de una hoja, o la necesidad de separar cada dibujo de otro, o la incapacidad de establecer la colocación de la figura de acuerdo a la realidad del dibujo y al espacio disponible representan diferentes clases de necesidades y defensas que se pueden presentar en diferentes síndromes psiquiátricos aun si estos síndromes tienen procesos subyacentes comunes a todos o a algunos. Nosotros haremos en los capítulos 5 y 6 una consideración más detallada de tales hechos, pero señalemos aquí que tales estilos de organización de las respuestas de conducta tienen correlatos en los rasgos de personalidad subyacentes (Hutt, 1949; Mira, 1943; Shapiro, 1965).

Como introducción al uso de la AHTGB como instrumento clínico proyectivo se presenta el siguiente caso ilustración: * La racionalización y los caminos de las hipótesis específicas que se discuten, se presentan con más detalle en los capítulos 5 y 6.

Se nos dice que Tom, uno de un par de gemelos idénticos, tiene 27 años de edad y es heterosexual. Desafortunadamente no tenemos información acerca de su método de trabajo durante el test Bender.

Tomando una vista general de las reproducciones Bender de Tom nosotros notamos que ha colocado las figuras en dos hojas sucesivas en una secuencia correcta, y profundizando más nota-

* El análisis de este caso, hecho enteramente sobre la base de la evidencia presentada aquí, fue originalmente presentado en un simposio de la Asociación Americana de Psicología el 4 de setiembre de 1959, en Cleveland, Ohio, y más tarde, en el trabajo de Carr (1960).

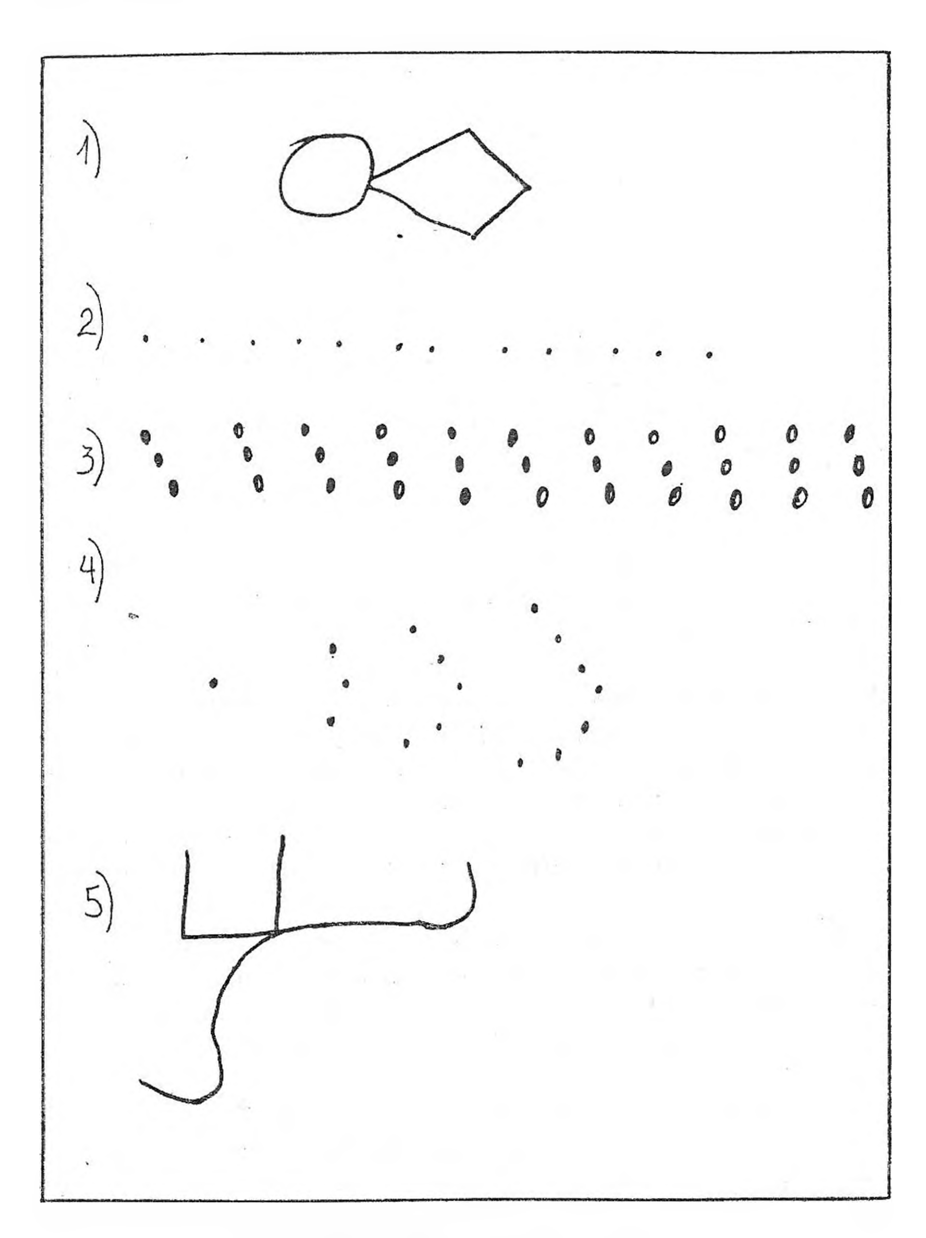


Lámina 2. Caso ilustración: Tom

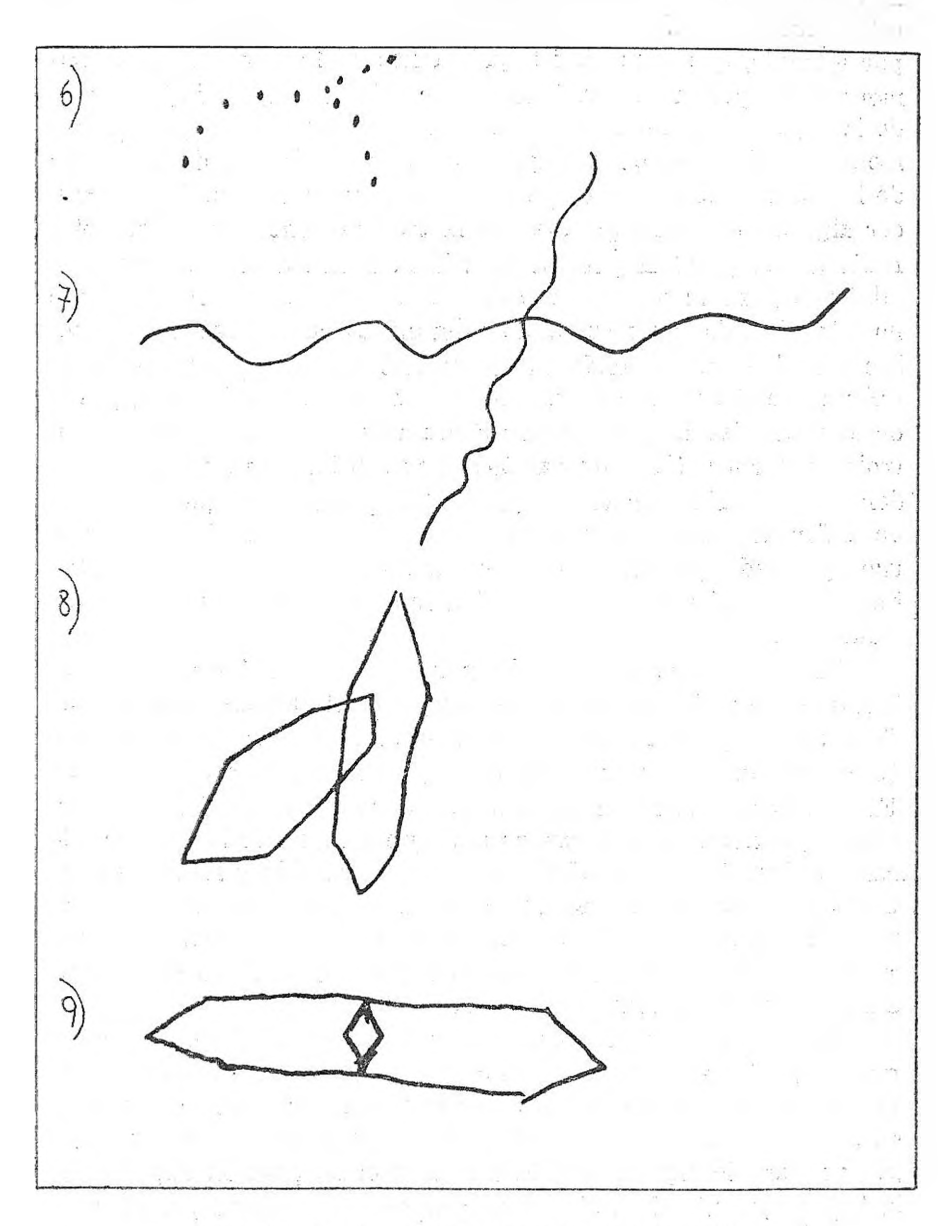


Lámina 3. Caso ilustración Tom, continuación

mos que ha numerado espontáneamente cada figura del 1 al 9. Las figuras están considerablemente aumentadas de tamaño, y este aumento tiende a ser mayor en cada dibujo sucesivo. (Nótese, por ejemplo, que Tom ha dibujado cinco de las figuras en la primera hoja, pero sólo trazó cuatro en la segunda hoja, usando la hoja entera en cada caso). Aunque ha usado el espacio libremente, la colocación de las figuras sucesivas es apropiada al tamaño de las reproducciones. Con esta información inicial, podemos ofrecer algunas hipótesis basadas en la técnica general de Tom referente a este problema. Estas son: Tom tiende a ser extravertido, lábil y seguro al enfrentar una situación nueva y relativamente no estructurada, no mostrando ninguna evidencia esencial de sobre-ansiedad en su conducta en el test (pero nosotros podemos inferir que el aumento de tamaño es compensatorio de algún grado de ansiedad latente); él tiende a ordenar su mundo, usando controles externos (la numeración), para obtener algún grado de dominio o autoafirmación (una subhipótesis es que se sirve de defensas compulsivas para elaborar este producto final); el uso apropiado, pero liberal, del espacio en blanco sugiere que sus impulsos de afirmación están al menos razonablemente bien socializados.

Se puede hacer un segundo grupo de observaciones generales, tomando nota de las líneas de dibujo relativamente densas que Tom utiliza y la calidad generalmente *impulsiva* o espontánea (más probablemente en el primero) de sus *ejecuciones motoras.* Estos datos refuerzas nuestra hipótesis de que es lábil y extravertido y que tiende a exteriorizar más que a suprimir la descarga de sus impulsos. Se puede inferir que su extraversión y conducta afirmativa pueden, quizás, estimular conductas contraafirmativas en otros, de modo que, al final, Tom tiene más base externa aparente para su propia afirmación; por lo tanto si esto fuera cierto, tendería a usar la racionalización en un alto grado.

Volviendo a nuestro examen de las reproducciones, notamos que en la figura A * (el círculo y el cuadrado), Tom *reproduce la Gestalt adecuadamente* (esto volverá a ser cierto en general en otras figuras); coloca las figuras *en una posición común en la página* para la figura A (hacia la izquierda, porción superior de la hoja; *agranda el cuadrado* en proporción al círculo, *aumentan-*

* Tom numeró la figura A como 1, y numeró las figuras siguientes del 2 al 9. Así, su numeración es siempre un dígito más alto que la numeración "estandard".

do marcadamente su dimensión horizontal; muestra impulsividad en el dibujo del círculo (superposición al cerrarlo); *dificultades en la conexión* del cuadrado y el círculo; *no intenta* corregir o borrar; achata levemente el círculo, cuyo efecto neto es *aumentar las dimensiones totales laterales u horizontales* de la figura. De estas observaciones, nosotros deducimos las siguientes hipótesis: Tom tiene buen contacto con la realidad y tiene razonablemente buenas cataxias del ego; tiende a ser convencional en su orientación social; está haciendo un esfuerzo considerable para establecer y mantener relaciones interpersonales (mostrando una necesidad de tales relaciones); tiende a ser temeroso en situaciones autoritarias; la impulsividad, como una característica del carácter, debe ser destacada; está insatisfecho con la naturaleza de sus relaciones interpersonales, y más específicamente en relación con su adecuación sexual; el afecto es extravertido pero carece de cualidades profundas e integradas en su conducta total.

Esto ejemplifica algunos de los métodos para inducir hipótesis. Debido a limitaciones de espacio, las figuras restantes serán copiadas con menos detalle. La figura 1 no tiene mucho que ofrecernos. *Está correctamente reproducida,* aunque hay alguna tendencia a *agrupar de a pares* los puntos. Los puntos están hechos *muy densamente pero netamente* (no simplemente bosquejados). Estos datos sustentan la hipótesis de que Tom está en razonable buen contacto con la realidad; tiene buena capacidad y energía que gasta de manera centrífuga. El *aumento en la lateralidad* de esta reproducción enfatiza la necesidad de Tom de relacionarse con otros.

La figura 2 muestra los siguientes hechos: *correcta angulación inicial* de la primera columna de figuras con una *constante orientación egocéntrica* de las sucesivas columnas (como si Tom fuera el eje alrededor del cual se orientan las columnas); *número correcto de columnas* (había 11 columnas en el estímulo original); los círculos dibujados *con buenas curvas,* pero con *alguna impulsividad y alguna dificultad de cierre.* Inferencias: buena capacidad perceptiva, pero fuerte tendencia narcisista y conducta generalmente forzada pero impulsiva, algunos temores en relaciones interpersonales, la tendencia egocéntrica combinada con las cualidades extravertidas y lábiles antes señaladas indican que, como una inferencia de segundo orden, Tom es inseguro pero compensa bastante bien su ansiedad latente.

En la figura 3 notamos una *expansión radical, lateral y predominante* en el tamaño de la figura pero la *Gestalt está preservada.* Sin embargo, esta vez los puntos están alineados densamente (en contraste con la figura 1). Así, en una figura abierta Tom acentúa más su necesidad de relaciones interpersonales dependientes, pero al mismo tiempo se hace más abiertamente agresivo en su conducta.

La figura 4 nos da algunas claves adicionales para los orígenes internos de los problemas de Tom y la conducta residual que manifiesta. El no balanceamiento de esta figura (con la curva de una rotación de 45 grados en la horizontal) es relativamente más constante en adultos ansiosos, no espontáneos, que en otros. En su reproducción, Tom hace dos adaptaciones. Primero, dibuja de tal modo la curva que la acuidad del ángulo de la base y la curva superior queda reducida. Segundo, aumenta marcadamente el tamaño de la curva en relación al cuadrado abierto. Además, hay un rizo excesivo, levemente fragmentado, en el final de la curva. Además de ello, uno de los lados verticales del cuadrado abierto lo hizo más largo y más dentado que el otro. El cuadrado abierto es levemente más ancho que en el estímulo pero está reducido en proporción a la figura curva. Los signos típicos de un hábito de trabajo rápido e impulsivo se notan claramente. Las inferencias son, respectivamente: Tom tiene una excesiva necesidad de control y conformidad; expresa impulsos hostiles más abiertamente en situaciones teñidas de emocionalidad: está, de nuevo, mostrando su temor a figuras autoritarias. Posiblemente tenga una identificación más femenina que masculina.

La primera indicación en Tom de una gran tensión interna y de conflicto parece revelarse en la figura 5. Aquí aparecen modificaciones muy singulares en su reproducción. En primer lugar, aparece la marca de un control pobre de los impulsos: su figura coincide con el margen superior de la hoja, y el eje vertical de la figura está *acortado.* Además, no intenta corregir la figura o dibujarla de nuevo. Disminuye el número de puntos en ambas partes de la figura; pero llena cada punto muy densamente. Recordemos nuevamente que es una figura abierta, discontinua (menos estructurada). No podemos estar seguros de las causas posibles de esta obvia falta de control, pero lo siguiente nos lo sugiere: posiblemente, la acumulación de frustraciones involucradas en el procedimiento del test tuvo ese efecto. Más primordialmente, la calidad

no estructurada de la figura crea problemas especiales a un individuo que intenta buscar control a través de la extraversión y sobre-compensación. Otras causas posibles pueden ser, por supuesto, igualmente responsables de estos fenómenos. De cualquier modo, es inadecuado hacer pronósticos y anticiparse. Tom no es la imagen cómoda y confiada que él trata de presentar al mundo. La tendencia a colocar sus figuras cerca del margen, que ya se había señalado, pero que no se había comentado, está ahora reforzada por la colocación de la figura casi en el extremo superior izquierdo. Se hacen evidentes fuertes esfuerzos compensatorios para ocultar sentimientos de inadaptación y frustración en el excesivo esfuerzo para llenar muy densamente los puntos.

En la figura 6 se nota aún gran aumento de tamaño en ambos planos, horizontal y vertical. El tamaño es más del doble en ambas direcciones. Las curvas están achatadas en el plano horizontal, y son irregulares y rectangulares en el plano vertical. La angulación de la figura se respeta, pero se la rota un poco, en sentido contrario a los agujas del reloj. Las volutas, particularmente en los extremos de la curva vertical, están conservadas. La figura entera parece haber sido dibujada rápidamente y no hubo intentos de revisión o corrección. Inferencias: son muy notables las tendencias extravertidas, bajo condiciones de estímulo emocional; el egocentrismo es una característica central de la personalidad; se mantiene el contacto con la realidad y se ejercita una conformidad social a pesar de marcadas tendencias impulsivas; las características de extraversión y falta de autocrítica están muy claras. Las tendencias agresivas, conservadas bajo control adecuado, ahora afloran al exterior.

La figura 7 muestra lo siguiente: simplificación de la Gestalt (aquí, las dos figuras están hechas para cruzar el segmento vertical de la figura vertical) ; dificultad en el cierre; movimiento irregular y línea buena. Podemos ahora elaborar la hipótesis de que bajo el impacto de traumas sucesivos hay una tendencia regresiva, a pesar de tendencias iniciales a una aparente confianza en relaciones interpersonales; hay también un conflicto considerable y temor en tales situaciones; bajo la apariencia de confianza en sí mismo hay una considerable hostilidad latente.

La última figura, la 8, es singular y única en varios aspectos. A pesar de su madurez perceptiva, como se reveló en los dibujos previos, Tom experimenta una considerable dificultad ante esta

figura. El vértice izquierdo, del exágono lateral, muestra una considerable evidencia de incoordinación motriz y control pobre; son muy notables la dificultad en cerrar y en juntar, hay gran dificultad con el rombo interno, aquí repasa el dibujo por primera vez y hace muchos movimientos motores falsos durante el proceso. A pesar de la historia de ajuste heterosexual que se nos ha dado, este análisis cuestiona el ajuste heterosexual de Tom. Esta reproducción muestra marcado conflicto sobre tendencias homosexuales. Este es, probablemente el problema principal de sus dificultades e inseguridades en las relaciones interpersonales: está realmente inseguro de su identidad sexual, y la sobrecompensa con una conducta aparentemente masculina para taparse a sí mismo el problema. La ambivalencia del rombo interno como símbolo sexual hace que el método de manejo de Tom no sea adecuado para esta figura; y de allí el tener que repasarlo e inseguridades obvias en esta parte de la reproducción. Se puede también formular la hipótesis de que si Tom es egocéntrico como lo hemos sugerido, también existen problemas de masturbación como un medio de reducir su tensión.

Nuestro análisis ha formulado algunas hipótesis concernientes a ejemplos explícitos y simples de conducta visible. Hemos comenzado a comprender a Tom como un individuo extravertido, lábil y seguro con características fuertemente sobrecompensadoras. Hemos visto que generalmente tiene una adecuada percepción de la realidad pero que muestra una considerable regresión (de carácter neurótico) bajo condiciones específicas, especialmente stress acumulativo y, más específicamente, traumas emocionales. Hemos tenido ciertas pruebas de sus intentos de control a través de conformidad compulsiva y apoyos externos. Partiendo de éstas y otro tipo de evidencias, debemos tratar de comprender por qué Tom funciona, al menos en este test, en forma tan singular. Se puede elaborar la hipótesis de que el centro de sus dificultades puede estar en el problema de su identidad sexual. Nuestra inferencia es que él se ha enfrentado con el problema de sus tendencias homosexuales latentes por varias técnicas de dominio y compensatorias. Junto con la hipótesis de que es egocéntrico pero centrífugo en su orientación, podemos señalar que hay un problema edípico reprimido y no resuelto, con el antecedente de que Tom fue sobreprotegido por una madre con quien él tendió a identificarse. Ha aprendido a percibirse a sí mismo más cómodo en un

rol femenino, pero el conflicto resultante al asumir este rol hace que él sea más extravertido, y tenga conductas asertivas y masculinas como un modo más seguro de ajuste. Sin embargo, el conflicto interno permaneció, y fueron necesarios más mecanismos compensatorios para mantener una forma de vida heterosexual. Por el otro lado, el tipo de vida heterosexual tenía sus propias gratificaciones sociales, y probablemente lo ayudaba a diferenciarse de su gemelo. Así, los modos masculinos de conducirse fueron reforzados; a cambio, estos modos producían una gratificación secundaria. Por debajo permanecía una sexualidad infantil y se desarrolló el temor a relaciones interpersonales realmente estrechas. Así, la percepción de sí mismo se hizo más oscura, y Tom tuvo que aprender a sacar su propia imagen mediante más extraversión y una conducta masculina. En el proceso, se anularon respuestas afectivas espontáneas y capacidad para fantasías maduras. Esta es, entonces, la estructura del carácter neurótico que se sugiere en nuestros datos. Nótese que nosotros no prestamos atención del historial somático y otros factores biológicos tal vez relevantes e importantes para tratar de comprender a Tom. Estando éstos a nuestra disposición, podríamos entonces proceder a corregir nuestra formulación actual.

Presumiendo que nuestro análisis básico es substancialmente correcto ¿qué podemos inferir sobre la conducta manifiesta? Aquí nos encontramos muy limitados por no conocer las condiciones del test y por no tener datos concernientes a los métodos de trabajo de Tom, sus verbalizaciones, etc. No sabemos lo errores que hizo ni otro tipo de datos personales y datos del test. Sin embargo, dadas estas limitaciones ¿qué podemos inferir aunque sea con un grado bajo de confiabilidad, por supuesto.

Primero, podemos predecir que Tom funcionará al menos razonablemente bien en muchas, si no en la mayoría de las situaciones. Tiene considerable energía disponible para enfrentar tareas cotidianas. El da la impresión superficial de una persona agradable, estable y segura. Está generalmente lo suficientemente controlado como para no parecer torpe y hacer que su extraversión y sus cualidades aparentemente lábiles lo hagan bastante atractivo para los demás. Atraerá principalmente a mujeres orientadas masculinamente que no lo verán como una amenaza para sus propias tendencias masculinas. Intentará generalmente ser expansivo y raramente revelará reacciones depresivas. No se confiará fácil-

mente a otros; sin embargo, sus propios sentimientos conocidos de inadecuación harán que revele a los demás, mucho menos que a sí mismo, su temor a figuras autoritarias. Será capaz de entablar relaciones interpersonales superficiales rápidamente, y será un participante activo, pero no desarrollará relaciones profundas fácilmente con nadie. Será más capaz de revelar a los demás mucho más que a sí mismo sus temores. Uno puede predecir también que habrá períodos de indecisión aparentemente inexplicables, reducción de la capacidad de trabajo, y una evidente desorganización cuando sea incapaz de escapar de frustraciones emocionales repetitivas. Sus propias dudas sobre sí mismo y sentimientos de inseguridad lo harán necesitar alguna forma de ayuda terapéutica.

Capítulo IV

METODOS DE ADMINISTRACION

Muchos de los métodos que se proponen para administrar los estímulos del test dependen de la experiencia clínica previa que el Autor ha tenido con el material. En general hay también un apoyo teórico en perspectivas clínicas generales y la teoría de una amplia perspectiva clínica y teoría de la personalidad. Sería mejor si tales bases clínicas y teóricas s probaran experimentalmente y se conservaran aquellas *que fueran más eficaces en cuanto a los objetivos específicos del test.* A esta altura del trabajo con la AHTGB tenemos todavía que confiar, en gran medida, en la experiencia clínica y la racionalización teórica. Afortunadamente, hay alguna prueba de investigación a la cual podemos recurrir y nos referiremos a esto donde sea relevante. En la presente discusión, trataremos primero algunas consideraciones generales relacionadas con la administración del test, y después discutiremos nuestros propios métodos (consistentes en el método básico de la fase de copia, el método de elaboración y el método de asociación) y, finalmente, consideraremos otros métodos de administración y sus probables valores.

Algunas consideraciones generales

Hay considerable prueba de que muchos factores pueden influir en los resultados del test. Entre aquellos que se han investigado están: las expectativas del examinado, las instrucciones explícitas del test, la "atmósfera" en la cual el test es tomado, la personalidad del examinador, el sexo, la raza y el color de la piel del examinador y del examinado y la agudeza en la secuencia del diagnóstico (o secuencia diagnóstico-terapéutica) en la cual el test

es administrado. Algunos tests son mucho más sensibles a tales influencias que otros, y se necesita un gran cuidado al interpretar los resultados del test —con ventajas y desventajas debidas a tal sensibilidad— ; sumándose a estos factores generales, también está el problema del efecto en los resultados del test de experiencias socio-culturales-educacionales previas del individuo.

Se ha informado (Tolor y Schulberg, 1963) que, como sugiere este autor (Hutt y Briskin, 1960), la AHTGB u otras variaciones de este test podría usarse como modelo de test debido a sus características no amenazadoras y no verbales. Aunque tal tipo de test ayuda, en muchos modos, no se niega la importancia de obtener una relación adecuada *antes* de que el test sea administrado. Establecer tal relación parece tener dos funciones muy importantes. Primero, conducirá a una motivación máxima por parte del examinado; esto asegura que el resultado del test representa más adecuadamente su plena capacidad presente. Segundo, hará que el examinador comprenda las expectativas y motivaciones del examinado y así podrá obtener una base de interpretación más adecuada.

Para establecer una relación adecuada, el procedimiento del test se debe considerar como una tarea dirigida por las necesidades del examinado. Se le dará al examinado una explicación de los propósitos del test concernientes a *sus* necesidades, más que las de la clínica, hospital o diagnóstico. En otras palabras, el examinado deberá estar convencido de que el test será verdaderamente útil para él. En muchos casos esto no requerirá una extensa discusión; sin embargo, se debe dar una amplia oportunidad para expresar sentimientos, temores e inseguridades. Y cuando hay temor o desgano en someterse al test, directamente expresados o implícitos, se debe tener gran cuidado al explorar y discutir estos puntos —no con el espíritu de conminar al examinado a someterse al test, sino con el espíritu de aceptar sus sentimientos como relevantes y significativos—. El test dará sus frutos sólo cuando tales sentimientos hayan sido completamente explorados y aceptados por el examinado en cuanto a sus propias necesidades e intereses. Si las circunstancias hicieran que esto no fuera posible y el test debiera ser tomado necesariamente, esta situación debe ser establecida francamente y se deben interpretar los resultados con mucho más cuidado que en otras circunstancias.

Hay pruebas de que la administración en grupo no afecta, en

general, muchos aspectos de los resultados del test, comparándola con la administración individual, pero la administración en grupo no puede tener en cuenta adecuadamente un aspecto de los factores motivadores que hemos discutido, y hace que la interpretación de resultados individuales sea más tenue.

ADMINISTRACIÓN: COMO UN INSTRUMENTO PROYECTIVO

Para establecer la situación proyectiva de la situación de test, hay que buscar que ciertos rasgos de la situación resulten lo menos estructurados y específicos que sea posible. Además, para ser comparados los resultados de los tests de muchos individuos, se deben mantener constantes otros rasgos del test. Cuando estos factores "constantes" se modifican, algunas veces, por muy buenas razones clínicas, se debe anotar cuidadosamente la desviación, de modo que en el análisis subsiguiente de los resultados se lo tenga en cuenta.

Los materiales del test consisten en: un número de lápices medianamente suaves (número 2 - 3 de dureza), un block de papel blanco y sin líneas, tamaño carta, una goma de borrar y las tarjetas del test AHTGB. El examinado estará en una posición cómoda para dibujar y tendrá una superficie estable y suave sobre la cual hacerlo.

El proceso *usual* de administración consiste en tres fases: fase de copia, fase de elaboración, fase de asociación.

Fase de Copia

El examinador coloca el block de papel *cerca* del examinado y también coloca los lápices y goma de borrar en una posición convenientemente accesible. Coloca entonces las 9 tarjetas de la AHTGB frente a sí mismo sobre la mesa, con los dibujos hacia abajo. Se expone, entonces, en una pila, el reverso de las tarjetas, para que el examinado pueda ver que hay varias, pero no se le *dice* cuántas tarjetas hay. Se dan entonces las siguientes instrucciones (el lenguaje debe ser variado para que el significado sea claro, como puede ser necesario para algunos niños y para adultos con problemas de lenguaje, pero el contenido esencial se debe conservar).

"Yo le voy a mostrar estas tarjetas (señalando la pila de tarjetas), *una por vez. Cada tarjeta tiene un dibujo simple. A mí me gustaría que usted copiara el dibujo en el papel, tan bien como pueda. Trabaje del modo que sea mejor para usted. Este no es un test de habilidad artística, pero trate de copiar los dibujos lo más adecuadamente posible. Trabaje tan ligero o tan lento como quiera."*

Cualquier pregunta del examinado se contesta parafraseando lo de arriba, pero no se debe dar *sugerencias* sobre el método de trabajo o similares. Cuando se hacen tales preguntas, se deben responder con algunas frases no comprometidas como *"Bien, eso es cosa suya"*; *"Hágalo del modo que usted crea mejor"*. Una pregunta que se hace frecuentemente es "¿Cuántas hojas de papel debo usar?" La respuesta es: "Eso es cosa suya"; si a uno se le pregunta "¿Puedo borrar o corregir?" la respuesta es, otra vez "Eso es cosa suya".

El examinador toma entonces una *sola hoja* de papel del block y la coloca directamente enfrente del sujeto con el eje longitudinal (o vertical) en ángulo recto con su cuerpo. Se toma la primera tarjeta del test, la Tarjeta A, del grupo de tarjetas, y se coloca frente al sujeto con la base de la tarjeta (como está indicado por la letra A en el reverso) hacia él. Se repite la instrucción "Copie esto tan bien como pueda".

Cada uno de los rasgos pertinentes al método de administración necesita algún comentario.

1) *El block de papel*: El enfrentar al examinado con un block de papel, lo encara con una elección posible: usar una sola hoja, usar 2 hojas, o usar un número de hojas, posiblemente una para cada dibujo. Por razones que se discutirán en capítulos próximos, se cree que el modo en el cual el examinado estructura este aspecto de la tarea revela algunos aspectos importantes de todo su espacio vital. Aunque el forzoso uso de una sola hoja de papel para todos los dibujos tiene otras ventajas, no permite al máximo la variación en el uso del espacio. La única hoja de papel que se presenta al examinado, mientras el block permanece disponible, es simplemente para evitar que al trazar sus dibujos haga sobre las restantes hojas marcas que pueden ser usadas como guía para los dibujos siguientes.

2) *La pila de tarjetas*: La pila de tarjetas del test se mantiene visible para que el sujeto pueda hacer algún ajuste anticipa-

do de sus planes, si él desea, en decidir dónde colocar los dibujos y aun decidir cuán grandes o pequeños hacerlos Si el sujeto pregunta cuántas tarjetas son, la respuesta es: "Sólo esta pila de tarjetas".

3) *Colocación de la única hoja de papel*: Se notará que nosotros comenzamos presentando al sujeto una sola hoja de papel con el eje longitudinal perpendicular a su cuerpo; esto se hace porque ésta es la posición usual para escribir o dibujar en una hoja de 8 ½ x 11 pulgadas. Sin embargo, el sujeto es *libre de cambiar su posición*, así que él puede decidir cambiar la posición del papel y poner el eje longitudinal paralelo a su cuerpo. Hay un número de observaciones involucradas en este asunto. Es probable que el presentar el papel en "posición vertical" mientras que la tarjeta de test se presenta en una posición "horizontal", como nosotros hemos sugerido, eleve al máximo la frecuencia con la que aparecerán las rotaciones, especialmente en niños pequeños (ver la investigación concerniente a este hecho por Hannah 1958, Griffith y Taylor, 1961). Nosotros consideraremos las posibilidades de modificar ésta y otras características de administración del test en una próxima sección de este capítulo, bajo el título de "Probando los límites".

Otro aspecto de nuestro procedimiento "standard" sugerido es el significado de la decisión del sujeto a rotar la hoja del test. Una *posible* explicación es una tendencia hacia una conducta oposicional (tal posibilidad necesita ser corroborada y estudiada en varias formas, como veremos). Cuando el sujeto cambia la posición del papel, *se debe hacer una anotación en el protocolo.*

4) *Colocación de la tarjeta del test*: La colocación "standard" de la tarjeta es para una tarea perceptiva "standard". Variar la posición de la tarjeta puede cambiar su calidad guestáltica. Por eso, si el sujeto rota la tarjeta del test, el examinador debe volver a colocarla en su posición "standard", con *el agregado de la instrucción*, "Debe copiarlo en esta forma". Sin embargo, si el sujeto insiste en tener la tarjeta en una posición diferente, debe anotarse en el protocolo y es necesario interpretar el posible significado de la reproducción sobre una base diferente (ver *Formulario Revisado para el Protocolo* para instrucciones más detalladas sobre este punto).

5) *Lápices y goma de borrar*: El uso de un lápiz, medianamente suave, ayuda a elevar al máximo las diferencias producidas por una variación de presiones al dibujar. Así, el examinador puede más tarde examinar los dibujos por variaciones de presión y considerar tales variaciones posibles en cuanto a su significado como indicadores de ansiedad, frustración con la tarea y similares.

La presencia de la goma de borrar sugiere que puede borrar y hacer correcciones, pero no se dan directivas explícitas. Si el examinado pregunta si puede borrar o corregir se le dice "Eso es cosa suya". Algunos examinados pueden hacer más de un intento al dibujar. *No se le impedirá ni alentará.* Igualmente, si pregunta sobre esto, el examinador dice "Eso es cosa suya". Cuando se hace más de un intento en reproducir el dibujo, *la elección del examinado de cuál él considera mejor se usa como base para el puntaje posterior.* Si no se hace la elección, entonces la mejor reproducción se usa en un puntaje objetivo posterior (ver capítulo 7). Sin embargo, los diversos dibujos hechos pueden dar importantes claves sobre rasgos del dibujo que son difíciles y perturbadores para el examinado.

Retornando ahora *a lo que queda de la administración de la fase de copia del test,* cuando el examinado ha completado su reproducción del dibujo de la tarjeta A, el examinador saca de la vista esta tarjeta, con algún comentario apropiado tal como: "Está bien" y entonces coloca la Tarjeta 1 directamente frente al examinado con el comentario: "Ahora copie este dibujo tan bien como pueda"; como en la colección de todas las tarjetas, la base de la tarjeta, indicada por el número en el reverso, se coloca hacia el examinado. Similarmente, cuando la Tarjeta 1 ha sido completada, se retira y se coloca en posición la Tarjeta 2. Este procedimiento se continúa hasta que se han administrado todas las tarjetas del test.

La secuencia en la cual se presentan las tarjetas se considera importante. Aunque no hay ninguna prueba de investigación adecuada sobre este punto, la experiencia clínica sugiere que la variación de la secuencia influye en los resultados. Por ejemplo, la perseveración es más fácil que ocurra en la Tarjeta 2 cuando ésta sigue a la Tarjeta 1. La secuencia de las Tarjetas 4, 5 y 6 parece elevar al máximo las dificultades en las figuras curvas, cuando tal tendencia se presenta. Las Tarjetas 7 y 8, que son las más difíciles desde el punto de vista de la madurez perceptiva, se dan al final

y pueden afectar adversamente el desempeño de algunos sujetos en tareas posteriores si se dan antes en la secuencia.

Métodos de Trabajo: Como en cualquier tarea psicológica, la conducta del examinado es algunas veces tan importante como el mismo resultado del test. Especialmente en los primeros pasos de la experiencia del examinador con este test, se debe tomar nota de todos los aspectos relevantes de la conducta del examinado. *Se deben anotar sus comentarios espontáneos* y examinar más tarde su posible significación. Entre los varios aspectos de los métodos de trabajo del examinado que deben ser anotadas están: 1) ¿Planea previamente sus dibujos o procede impulsivamente o aun atropelladamente? 2) ¿Cuenta el número de puntos, curvas o lados de figuras o procede al azar? 3) ¿Borra frecuentemente? Si lo hace, ¿en qué figuras y en qué partes de esas figuras tiene dificultades o muestra más cuidado? 4) ¿Qué parte de la figura dibuja primero? 5) ¿En qué dirección procede al copiar la figura? ¿Dibuja de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba? ¿Dibuja de afuera hacia adentro? ¿La dirección del movimiento varía de figura a figura? 6) ¿Emplea movimientos de diseño? 7) ¿Muestra un bloqueo inusual en algunas figuras?

El tiempo tomado por el examinado en reproducir los dibujos no se computa. No hay evidencia de que este factor se correlacione significativamente con variables de personalidad importantes. Sin embargo, *una extrema variación en el tiempo* al hacer el dibujo se debe anotar cuidadosamente. Una excesiva cantidad de tiempo usualmente indica bloqueo psicomotor y puede ser un importante indicador clínico de un número de tipos de psicopatología (bloqueo catatónico latente, lesión cerebral, y extrema compulsividad, por ejemplo). Un desempeño inusualmente rápido puede ser también significativo y puede indicar muchas condiciones (extrema ansiedad, con una necesidad de "escapar de la situación", actitud psicopática, fuertes tendencias oposicionales). De ahí se pueden extraer valiosos datos de una manifestación extrema de variaciones en el tiempo.

Formulario Revisado para el Protocolo contiene espacio y directivas para anotar estas y otras características del desempeño en el test.

Fase de Elaboración

La segunda fase de la administración del test como un instrumento proyectivo se llama Fase de Elaboración. Su mayor propósito es ayudar a elevar al máximo aquellas reacciones proyectivas del test que puedan capacitar al examinador para ofrecer hipótesis aclaratorias sobre el examinado. Esta fase del test *reduce considerablemente la calidad estructurada de la situación del test* y así requiere que el examinado le imponga su propio significado idiosincrásico. Después que la Fase de Copia ha sido completada, los dibujos del examinado *se sacan de la vista.* Otra vez se le provee de un block de papel y se coloca cerca del examinado. Los comentarios del examinador son: "Bien, estuvo muy bien. Ahora, yo le voy a pedir *algo más* con estos dibujos. Esta vez, me gustaría que modificara los dibujos o que *los cambie del modo que usted quiera,* para que sean más agradables para usted. Es libre de cambiarlos del modo que le guste (Ellos le pueden recordar cosas). Usted puede cambiar los dibujos tanto como quiera. Simplemente hágalos más agradables para usted. ¿Comprende lo que quiero que haga?" Cualquier pregunta se responde entonces sobre la base de estas instrucciones. Se pueden cambiar las palabras para hacer más claro el significado de las instrucciones. Así, a un sujeto adulto, el examinador le dirá: "A usted le puede gustar hacerlos estéticos". A un niño pequeño él le puede decir: "Mira si puedes hacerlos más lindos". El examinador entonces presenta cada tarjeta en secuencia con la instrucción: "Cambie ésta en cualquier forma para que sea más agradable para usted". Si el examinado dice que a él le gusta el dibujo tal como es, a él se le dirá: "Bien, pero *por favor cópielo otra vez tal como es*". Esto se hace por dos razones: (1) Aun cuando el examinado intente volver a copiar el dibujo, puede revelar aspectos de su desempeño que no estaban claros la primera vez. O lo puede modificar involuntariamente. De cualquier forma, es posible extraer una evidencia más completa que es útil para una posterior interpretación. (2) La secuencia de los dibujos y su colocación en la hoja (hojas) necesita considerarse especialmente si ha ocurrido una colocación aberrante (desviación en la secuencia).

Cuando las consideraciones de tiempo son importantes, y se piensa que es importante reducir el tiempo total para el test, se pueden omitir ciertas tarjetas en la Fase de Elaboración. Las tar-

jetas A, 2, 4, 6, 7 y 8 generalmente nos darán una muestra suficiente para hacer todas las deducciones necesarias. Estas tarjetas presentan casi todas las características guestálticas que se encuentran en el grupo completo de tarjetas, y por lo tanto se pueden usar para un procedimiento abreviado. Por supuesto, se modifica entonces la secuencia y puede afectar algunos de los posibles hallazgos. El ahorro de tiempo se aumenta cuando se eliminan unas pocas tarjetas de esta fase, porque ellas se eliminan también en la próxima fase, la Fase de Asociación.

Otra vez, como en la Fase de Copia, se toma nota de los comentarios espontáneos y la conducta del examinado durante el test.

El grado de libertad que tiene el examinado en la Fase de Elaboración, la clase de creatividad individual que él pone y la definición que él impone a la tarea ambigua, todo esto nos dice algo del modo como funciona su personalidad. Algunos sujetos son muy ansiosos cuando se les pide que trabajen sin una estructuración específica de la tarea; se vuelven muy defensivos y temen revelar aspectos desconocidos sobre sí mismos. Pero éstos y otros sujetos son llevados a modificar los dibujos de un modo que ellos "no buscan conscientemente". Algunas veces, el mismo acto de dibujar, con indicaciones latentes derivadas del dibujo de sus propias distorsiones, lleva a importantes derivaciones en la Fase de Elaboración que eran poco notables en la Fase de Copia. Aun los individuos compulsivos, que intentan solamente copiar fielmente los dibujos, se encuentran modificándolos de modos muy peculiares. La relativa falta de creatividad y fantasía en otros sujetos es muy notable. En otros, la necesidad de conformidad o el excesivo miedo neurótico a figuras autoritarias se hace evidente cuando ellos tratan sólo de reproducir los dibujos "standard". En algunos casos, la desintegración o seria regresión que ocurre durante la Fase de Elaboración es notable. "Escapan" de cualquier control a la realidad y se empeñan en hacer "garabatos" o presentan sus dibujos de una manera confusa, haciendo chocar a veces las figuras o superponiéndolas. Ocasionalmente vemos una fascinación peculiar con un rasgo particular del dibujo que intriga al sujeto, y éste es dibujado con un excesivo cuidado. Estos u otros hechos a veces se hacen evidentes durante esta fase y poseen importantes orientaciones clínicas para comprender los rasgos característicos del individuo. Es de particular interés el desempeño de algunos pacientes con lesión cerebral que luchan impaciente-

mente con algún aspecto del dibujo que les causa problemas y que son incapaces de reproducir adecuadamente ya sea en la Fase de Copia o en la Fase de Elaboración.

Una comparación de lo adecuado de las predicciones nosológicas basadas en la Fase de Copia solamente, en contraste con una combinación de ambas, la Fase de Copia y la Fase de Elaboración (utilizando 130 sujetos varones adultos psiconeuróticos, 38 esquizofrénicos, 119 casos diversos con lesión cerebral y 25 pacientes no-psiquiátricos hospitalizados) indica que la última combinación hace que las predicciones sean más adecuadas, significativas al nivel .05 de confiabilidad.

Fase de Asociación

La principal función de la *Fase de Asociación* es despertar la capacidad asociativa del individuo ante las tarjetas originales del test y las elaboraciones que han sido hechas por él durante la fase de elaboración. Se presume que cuando un individuo modifica el dibujo lo hace, en parte, a causa de indicaciones implícitas e inconscientes que su conducta percepto-motriz estimuló. El *contraste* entre los dibujos originales y sus elaboraciones se cree —con considerables pruebas clínicas y alguna prueba de investigación (Story, 1957) — que aumenta la probabilidad de evocar materiales asociativos de gran significación.

El método es muy simple. Después que la *Fase de Elaboración* ha sido completada, el examinador presenta la tarjeta A estímulo, *junto* con la elaboración que el examinado ha hecho de ella. Se le dice entonces: "Ahora mire el diseño de la tarjeta y mire las modificaciones que usted hizo en su dibujo. ¿Qué le recuerda *cada una de ellas*? ¿Qué pueden ser? ¿A qué se parecen o qué sugieren?" El examinador anota la o las asociaciones de la tarjeta y la o las asociaciones de la elaboración. Si el examinado sólo brinda una asociación a la tarjeta se le pide "¿Y qué le recuerda la que usted hizo?" A la inversa, si se brinda asociación sólo a la elaboración, el examinador pregunta "¿Y a qué se parece el dibujo de esta tarjeta o qué sugiere?" Se *numera* la secuencia en la que se brindan las asociaciones, y se *anota* el estímulo (O para la tarjeta estímulo original, y E para el estímulo de elaboración) del cual se da asociación. Es también aconsejable preguntar "¿Y a qué se parece el dibujo hecho?" Se sigue un procedimiento similar

con cada una de las otras tarjetas; en cada caso, la tarjeta estímulo se presenta *junto* con la elaboración y se le pregunta al examinado, ¿Qué le recuerda cada una de ellas?

Algunos comentarios adicionales

Cuando se ha completado la administración de la AHTGB se dispone de los siguientes datos: (1) los dibujos hechos durante la Fase de Copia, junto con notas y observaciones concernientes a los comentarios y conducta del examinado; (2) los dibujos hechos en la Fase de Elaboración, junto con los comentarios y verbalizaciones del examinado y (3) las asociaciones dadas a los estímulos originales y a las elaboraciones. Todos estos datos, juntos, constituyen el material para usar en la interpretación proyectiva: dos muestras de producciones percepto-motrices junto con la información accesoria concerniente a la secuencia en la que los dibujos están colocados en la(s) página(s), dos conjuntos de comentarios asociativos, conducta verbal, comentarios sobre los métodos de trabajo.

Para puntuar las escalas objetivas que se presentan en el capítulo 7 sólo se necesita utilizar el material tomado en la *Fase de Copia.* Para desarrollar hipótesis proyectivas, hay que considerar la totalidad del material, primero por separado y luego en conjunto. En general, la interpretación proyectiva sigue principios extraídos del trabajo con todos los instrumentos proyectivos. Sin embargo, hay importantes agregados, así como modificaciones, que dependen del estímulo específico propio de las características del presente test. Estos principios para la interpretación proyectiva se presentan en el capítulo 6.

Otros métodos de administración

Un número de métodos adicionales de administración requiere consideración. Algunos de éstos tienen propósitos muy especiales, tal como el Método Taquistoscópico, mientras otros tienen una utilidad más general tal como el Método de Re-test. En todo trabajo clínico pueden aparecer situaciones especiales para las que no hay respuesta aclaratoria; el profesional experto y creativo ideará, sobre la marcha, procedimientos que se adecuen a tales

ocasiones y hará cauteloso uso de los hallazgos. Se notará que lo que hemos llamado *Fase de Copia* es considerada por la mayoría de los clínicos como un proceso "standard", y los hallazgos extraídos de esta fase se presentan, frecuentemente, en estudios de investigación.

PROBANDO-LOS-LÍMITES

En su trabajo original sobre el Rorschach, Klopfer y Kelley discutieron algunos de los valores y limitaciones de variar el procedimiento del test, después que el test formal hubiera sido completado, para aclarar el significado de ciertos hallazgos ambiguos (1942). Inmediatamente después nosotros mismos propusimos un método para un uso más regular de algunos procedimientos de *Probando-los-Límites* (Hutt y Shor, 1946). Una de las características de esta propuesta era explorar los "niveles de respuesta". Se presumió que las respuestas originales dadas a las láminas del Rorschach representaban el nivel de potenciales fácilmente accesibles de la personalidad. Pero ¿cuáles eran los recursos ocultos de la personalidad, y bajo qué condiciones se harían visibles? Así, se pensó que era aconsejable ofrecer diferentes grados de sugerencias para determinar hasta qué punto los recursos previamente inaccesibles podían hacerse accesibles.

Esta, pues, parecería ser la función principal de cualquier procedimiento de *Probando-los-límites.* Supongamos, por ejemplo, que tenemos el puntaje de la AHTGB de un individuo que ha mostrado tendencias, en su protocolo, que sugieren la posibilidad de lesión cerebral orgánica (digamos, tendencia hacia rotación, colisión (y regresión). La pregunta es: ¿hasta qué punto estas características son fortuitas o accidentales, y hasta qué punto son indicadores válidos? Como veremos en nuestra revisión de la literatura relevante, muchos tipos de individuos con lesión cerebral son incapaces de corregir tales desviaciones, aun cuando se les pida que intenten hacerlo, en tanto que personas emocionalmente perturbadas pueden frecuentemente hacer una adecuada corrección cuando se llama la atención sobre tales desviaciones con un comentario tal como "¿Es esto correcto exactamente?" (Smith y Martin, 1967).

En *Probando-los-límites* se ofrecen las siguientes sugerencias para estos propósitos: Después que se ha completado la Fase

de Copia, alejar los dibujos hechos por el paciente. Entonces, decirle que usted quiere que repita ciertas partes del test para ver *si él puede aumentar su rendimiento*. Ahora, vuelva a presentar los dibujos en los que hubo desviaciones (digamos rotaciones o tendencias a rotaciones). Si la corrección ocurre *espontáneamente* (sin haber llamado la atención sobre la desviación) la probabilidad de que la rotación ocurrida primeramente sea debida a daño cerebral se reduce considerablemente (Corrección en Nivel I). Si no se hace corrección, se puede formular la pregunta señalada en el párrafo anterior (¿Está exactamente bien?). Si el paciente hace entonces correcciones o reconoce la naturaleza de las desviaciones, todavía hay poca probabilidad de que haya lesión cerebral. (El examinador puede querer estudiar con el paciente el por qué del error, y puede obtener alguna aclaración importante) (Corrección en Nivel II). Si no hubo corrección de la desviación, o si es señalada por el examinado, pero no es corregida, el examinador puede entonces señalar el error (diciendo: "Parece que usted ha dibujado este diseño en una posición diferente de la tarjeta") y puede pedir al paciente que trate de corregir el error. Si él no puede (Nivel III), podemos presumir que la probabilidad de lesión orgánica (en adultos) es muy grande (en niños puede deberse a un retardo en la maduración percepto-motriz).

Otro procedimiento de *Probando-los-límites* puede emplearse con el mismo propósito, y si los resultados no son positivos, utilizar el método descripto anteriormente. Teniendo en cuenta que se sabe que el presentar la hoja del test con el eje longitudinal paralelo al cuerpo del examinado (y con el eje longitudinal de la tarjeta con la misma orientación) disminuye la aparición de rotaciones (Hannah, 1958; Griffith y Taylor, 1961) los dibujos del test en cuestión pueden ser presentados de nuevo con la hoja test en la nueva posición. Si no hay rotaciones bajo estas condiciones, la posibilidad de lesión cerebral (en lo que concierne a este factor) se puede considerar mínima.

Aun otro procedimiento de *Probando-los-límites* —como se describe en el próximo párrafo— puede ser de ayuda cuando el paciente encara el test con indiferencia o desgano. Tales pacientes son por lo general sujetos "obligados", y se los ve con frecuencia en los tribunales o cárceles, pero también pueden ser personas que tienen poca motivación para el test. Algunas veces, los dibujos de tales pacientes están groseramente distorsionados, pero la cuestión

es si la distorsión se debe a la actitud antes señalada, o si es el resultado de otros rasgos básicos de la personalidad. Algunas veces estas distorsiones parecen totalmente fuera de lugar con respecto a la impresión clínica del paciente. Y, finalmente, se ven algunos pacientes que conscientemente intentan fingir un puntaje "enfermo". En tales casos, una *técnica de copia forzada de Probando-los-Límites puede ser útil.*

Después que todos los procedimientos del test han sido completados, y preferentemente después que han pasado unos días, *la Fase de Copia* de la AHTGB deberá ser administrada nuevamente. Esto puede ser suficiente para demostrar la falta de validez del test previo ya que, en algunos casos, con el paso del tiempo, el paciente puede haber olvidado las distorsiones deliberadas que él ha hecho, y no hacer ninguna distorsión esta vez o hacer otras diferentes —o con el paso del tiempo, los factores motivadores pueden haber cambiado, si ellos estaban relacionados únicamente con la situación—. Si aún aparecen distorsiones significativas durante el nuevo test, se le pueden mostrar al examinado las tarjetas estímulo y hacer que las compare con sus dibujos y se le puede preguntar: "¿Su dibujo es exactamente como el mío?" Entonces sus respuestas se toman como base para inquirir más. Por ejemplo, "Usted dice que el suyo es diferente. Bien, dígame en qué" y "Ahora trate de hacerlo exactamente como el mío". El examinador puede usar las diferencias entre los dos dibujos hechos por el paciente para preguntarle cuál es mejor, y entonces decir: "Bien, veo que usted lo puede hacer mejor de lo que lo hizo. Ahora trate otra vez, y *esta vez*, hágalo *exactamente* como el mío".

Otra variación de *Probando-los-Límites* que ha probado ser útil es pedir al examinado que agrupe las tarjetas del test en un número de pilas (generalmente dos) y que indique cuál le gusta más y cuál le gusta menos. Siguiendo esta clasificación se le puede preguntar entonces qué tienen en común aquellas que le gustan, y qué tienen en común aquellas que no le gustan y en qué se diferencian unas de otras. Se ha demostrado, por ejemplo, que los estudiantes de *college* tienden a asociar diferentes valores para las diferentes figuras del test (Suczek y Klopfer, 1952), de modo que la figura 1 frecuentemente representa actitudes hacia la regularidad, mientras la figura 4 representa actitudes hacia la incongruencia. Se ha demostrado también que la figura A se ve

típicamente como agradable, honesta y delicada, mientras la figura 4 se ve como deshonesta, fea, y desagradable (Tolor, 1960) pero tendríamos que estar de acuerdo con Greenbaum en que uno debería evitar hacer interpretaciones simbólicas generalizadas sobre las figuras al interpretar los resultados del test en un caso individual (1955). Sin embargo, las asociaciones que algunos sujetos hacen con las figuras pueden ser útiles, máxime si se emplea algún agrupamiento como los que hemos indicado. Uno puede usar también el posible significado simbólico general de las figuras del test, si uno se limita a elaborar hipótesis sobre el individuo, *que deben entonces ser confirmadas o descartadas teniendo en cuenta otras pruebas* de este test o de otros recursos relevantes referidos al individuo particular.

EL MÉTODO TAQUISTOSCÓPICO

En el volumen anterior del autor sobre la AHTGB (Hutt y Briskin, 1960) se sugirió el método *taquistoscópico* de administración "cuando se sospecha patología intracraneal". Se pensó que este método aumentaría la posibilidad de diagnóstico diferencial de pacientes con patología orgánica de otras entidades nosológicas. Este juicio se hizo en parte sobre la base de la experiencia clínica con adultos y, en parte, de las comprobaciones de Ross y Schilder de que la presentación taquistoscópica provoca una producción de formas más primitivas (1934). Hasta hoy, sólo se dispone de limitadas pruebas de investigación para sustentar tales aserciones, pero el método todavía parece muy prometedor.

El método es esencialmente similar al empleado en la *Fase de Copia*; la principal diferencia radica en el tiempo de exposición de la tarjeta estímulo. Al paciente se le dice: "Yo le voy a mostrar algunas tarjetas, una por vez, que tienen algunos dibujos. Le dejaré mirar las tarjetas sólo por unos segundos. Entonces retiraré la tarjeta y le pediré que dibuje el diseño de memoria. ¿Comprende? Recuerde, le mostraré la tarjeta sólo por unos segundos. Estúdiela cuidadosamente de modo que pueda dibujarla de memoria cuando yo retire la tarjeta".

Se expone entonces la tarjeta A directamente frente al paciente por un período de cinco segundos. Entonces se retira y se le pide al paciente que dibuje el diseño de memoria. Las tarjetas

restantes se presentan de la misma forma, cada tarjeta se expone por cinco segundos solamente. El paciente puede usar tanto papel como quiera, y puede corregir y borrar. Si se desea, después que el paciente ha completado los nueve dibujos por presentación taquistoscópica, se puede administrar la Fase de Copia normal del test.

Se ha comprobado que el método taquistoscópico resulta a veces muy temible para algunos pacientes orgánicos. Por esta razón, se debe tener gran cuidado en establecer una buena relación y se debe dar amplia seguridad cuando ésta se requiera. Aparte de las reproducciones, es muy importante la conducta del paciente durante el test. En particular, se debe observar con cuidado cualquier evidencia de sentimientos de impotencia, porque tal evidencia es un indicio de patología orgánica.

Se ha hecho una prueba específica de nuestra hipótesis de que el método taquistoscópico aumentará la diferenciación diagnóstica de patologías orgánicas (Snortum, 1965). Este estudio se hizo rebasando esta hipótesis para estudiar su efecto sobre diferencias intergrupales de normales, neuróticos, alcohólicos y enfermos orgánicos; pero nosotros limitaremos nuestra discusión al grupo orgánico. Se usó una exposición de cinco segundos, seguida por una administración regular de la Fase de Copia. Había 25 sujetos en cada uno de los grupos experimentales: normales, neuróticos, alcohólicos y enfermos orgánicos. Fueron combinados por edad (edad entre 36-37 años) y por educación (grado medio 11º y 12º). Todos eran personal militar masculino. El grupo orgánico consistía en 13 casos de encefalopatías debidas a traumas, 5 casos de encefalopatías debidas a arterioesclerosis, 4 casos de trombosis cerebral y 1 caso de epilepsia psicomotora postencefálica, 1 de atrofia de corteza cerebral, 1 de absceso cerebral y 1 de craneotomía. El grupo neurótico era un grupo heterogéneo, como lo era también el grupo alcohólico.

Se hizo una comparación entre la eficacia del método taquistoscópico y el de copia para diferenciar los 4 grupos. La medición de los puntajes fue hecha por el método de Pascal-Suttell. En ambos puntajes, el de la *Fase de Copia y el Taquistoscópico*, el orden de peor a mejor fue: orgánicos, alcohólicos, neuróticos y normales. Ambos métodos diferenciaron los orgánicos de los normales, la *Fase de Copia* al nivel .01 de significación y la *Fase Taquistoscópica* al nivel .001. El último método también diferenciaba

los orgánicos de los neuróticos (p = .02) mientras que la Fase de Copia no lo hacía. Así, a pesar de las limitaciones de este estudio (grupos nosológicos mezclados puntuados sólo por el método de Pascal-Suttell) los hallazgos indican que los enfermos orgánicos se diferenciaban más eficazmente por el puntaje Taquistoscópico que por el de Fase de Copia. Se necesitan estudios más completos de esto, usando otros puntajes y otras poblaciones.

Pueden señalarse otros dos estudios que brindan alguna indicación del valor del Método Taquistoscópico. Lindsay demostró que este método era valioso para diferenciar normales, ansiosos e histéricos (1954). Korchin y Basowitz (1954) vieron que era útil como un indicador de las fuerzas del ego.

Se debe enfatizar que este método tiende primariamente a aumentar la eficacia de algunos tipos de diagnósticos diferenciales, principalmente de los orgánicos. No se debe usar solo sino que se debe considerar como un instrumento suplementario que puede brindar datos adicionales, cuando es necesario. Al menos para el estudio del diagnóstico del individuo, debe ser complementado con el uso de la Fase de Copia. Deben entrar en el diagnóstico indicadores cualitativos y punteo configuracional, así como los datos observados. Y, por supuesto, como en cualquier estudio psicológico bien encarado, se debe disponer también de datos extraídos de otra clase de tests. En la opinión del autor, la evaluación cualitativa y configuracional es más conveniente para el diagnóstico individual que los puntajes objetivos, en el estado presente de nuestro conocimiento (ver capítulo 6 para discusiones de evaluación cualitativa y configuracional).

El método de re-test

Una de las variaciones en la administración del Bender o la AHTGB, es el *Método de re-test.* El procedimiento usual es pedir al examinado que reproduzca de memoria los dibujos que él hizo durante la *Fase de Copia.* Si a la *Fase de Copia* sigue el *Método de re-test,* esto posiblemente afectará los resultados que se puedan obtener con otros procedimientos tales como la *Fase de Elaboración* o el *Método Taquistoscópico.* Por lo tanto, se debe hacer una elección basada en el propósito que tiene la forma de administración del test. Como veremos, el *Método de re-test* tiene algunas

posibles ventajas sobre otros métodos de administración, principalmente en la diferenciación entre pacientes orgánicos y no-orgánicos. Sin embargo ni las pruebas clínicas ni la investigación indican una ventaja absoluta de este método. Posiblemente ésta es una de las principales razones por las que sólo alrededor del 20 por ciento de los psicólogos que usan el Bender también emplean el Método de re-test (Schulberg y Tolor, 1961).

Nosotros revisaremos brevemente estudios seleccionados que han investigado la utilidad del Método de re-test. Será bueno recordar que no hay un único método de administración y que los métodos de punteo y evaluación de los resultados también varían. Estos factores explican suficientemente por sí mismos muchas de las variaciones en los hallazgos. Además están los problemas usuales de definición de grupos nosológicos, diseño experimental y la validez de los criterios que influyen en todo el trabajo de investigación en este campo. Se agrega también un problema especial a las dificultades. Si el aspecto de re-test del test se da después que al examinado se le ha ordenado copiar los dibujos en la manera usual, no hay ningún control para la cantidad de tiempo y experiencia con los dibujos durante la *Fase de Copia.* Considerando que estas condiciones afectan la memoria para reproducir los dibujos, y considerando que los diferentes grupos nosológicos (así como los individuos que componen dichos grupos) varían notablemente en la cantidad de tiempo y la atención que ponen al dibujar las figuras, hay un problema casi imposible de resolver para controlar las diferencias e interpretar los hallazgos. Si el Método de re-test estuviera basado, en cambio, en exposiciones de tiempo constante para las series de dibujos, este problema podría manejarse eficazmente. Se necesita alguna investigación sobre este punto.

El primer estudio experimental de la eficacia del re-test en el Bender usó criterios simples y variados. (Hanvik y Andersen, 1950). Se compararon tres grupos (en las reproducciones de fase de copia y las reproducciones de re-test): lesiones cerebrales en el hemisferio dominante, lesiones cerebrales en el hemisferio no-dominante, y grupo control (consistente en pacientes quirúrgicos y generales). Las únicas diferencias significativas que se obtuvieron por comparación inter-grupal del material del re-test consistieron en que los pacientes con lesión cerebral mostraban más rotaciones que el grupo control. Los dos puntajes que se usaron

fueron: número promedio de dibujos del re-test, y número de rotaciones de 30 grados o más.

En un estudio posterior, Tolor investigó la relativa eficacia la memoria de dígitos y el re-test de los dibujos Bender con tres grupos: orgánico, convulsivo, y psicogénico (1956). Los tres grupos se diferenciaban significativamente en el número promedio de figuras Bender sometidas al re-test; las significaciones para los tres grupos eran: orgánicos 3.69; convulsivos 5.5, psicogénicos 5.53. Se encontró también que el re-test Bender diferenciaba mejor que la memoria de dígitos en caso de trastornos orgánicos, pero no era eficaz para pronosticar trastornos orgánicos en casos individuales. Tolor hizo un estudio de validación cruzada, usando grupos de esquizofrénicos, grupo de personas con desórdenes de carácter y un grupo con trastornos orgánicos (1958). Los grupos se aparearon en inteligencia y edad. Empleando como puntaje del re-test el número total de dibujos correcta e incorrectamente reproducidos en todo o en parte en el re-test, los enfermos orgánicos rindieron de manera significativamente peor en el re-test que los otros dos grupos y los dos grupos funcionales no diferían significativamente.

Reznikoff y Olin también intentaron determinar si los enfermos orgánicos podían diferenciarse de los esquizofrénicos en el re-test (1957). Usando tres puntajes para re-test encontraron que los enfermos orgánicos tenían un rendimiento inferior al de los esquizofrénicos en el "Puntaje de Buen Re-test". Compararon también los puntajes del re-test de los convulsivos con los no-convulsivos y, al revés de Tolor, no encontraron diferencias significativas. Otro estudio usó pacientes geriátricos (de más de 60 años de edad), y dividió la población en tres subgrupos apareados en edad en: enfermos orgánicos, dudosos y funcionales. Se demostró que en las fases de copia y retest estos grupos mostraban diferencias significativas en puntaje. Los funcionales (el más alto puntaje) luego los dudosos y por último los orgánicos (el más bajo puntaje) (Shapiro, Post Löfving, e Inglis, 1956). Los materiales del test consistían en 6 dibujos Bender agrandados y simplificados.

Olin y Reznikoff hicieron otros dos estudios dirigidos a probar la eficacia del método del re-test para diferenciar a los grupos en cuanto a diagnóstico, así como para estudiar otros factores tales como la dificultad de los dibujos (1957 y 1958). En estos

estudios usaron un sistema de puntaje modificado y adaptado sobre el que desarrollaron Pascal y Suttell. En el estudio del año 1957 se compararon orgánicos, esquizofrénicos y estudiantes de enfermería. Un análisis de las diferencias de puntaje para cada dibujo reveló que sólo en el dibujo 4 los pacientes esquizofrénicos se desempeñaban significativamente mejor que los orgánicos. Los normales se desempeñaban mejor que los esquizofrénicos sólo en el dibujo 6, mientras que ellos hacían significativamente mejor los dibujos 2, 5, 6, 7, 8.

Un estudio más complejo, usando cinco grupos diagnosticados (orgánicos, esquizofrénicos, depresivos, neuróticos, y con desórdenes de carácter), y los puntajes basados en el sistema de puntaje de Reznikoff y Olin y en el sistema del autor, arrojaron resultados altamente promisorios (Armstrong, 1965). El número original en cada grupo era pequeño (sólo 20), pero los grupos fueron cuidadosamente apareados, especialmente en edad, siendo la edad media 33, 56 años. El sistema revisado de puntaje de re-test del autor fue mejor que el de Reznikoff y Olin y diferenció los orgánicos de los no-orgánicos marcadamente bien. Había poca superposición en los dos grupos y "...sólo el 21 % de los pacientes no-orgánicos tenía un puntaje en el re-test igual o más alto que el más bajo puntaje en el re-test obtenido por cualquier paciente orgánico". Además se encontró que el puntaje de la fase de copia diferenciaba a los enfermos orgánicos, a los esquizofrénicos, a los depresivos y a los que tenían desórdenes de carácter, al nivel .001 de significación.

Estos estudios indican que los puntajes basados en las reproducciones hechas en el re-test pueden diferenciar bien a los pacientes orgánicos de los no-orgánicos, como grupos, y hay pruebas de que un punteo más refinado puede llegar a resultados que son aplicables en un caso individual. Es cuestionable, sin embargo, en qué medida es mejor la diferenciación cuando se hace sobre la base de los puntajes del retest solos, en vez de emplear solamente los puntajes basados en los puntajes de copia. Otros estudios (Stewart, 1957; Stewart y Cunningham, 1958) han propuesto otros sistemas de puntaje basados en el material del re-test por sí mismo. Otros han estudiado la relación de rendimiento en el re-test de dibujos con la habilidad intelectual y con condiciones no-orgánicas solamente (Peek y Olson, 1955; Aaronson, 1957; Gavales y Millon, 1960; Goodsteim, Spielberger, Williams y Dahlstrom,

1955). Muchos aspectos del problema quedan para un estudio más completo, y, como se señaló antes, será bueno idear estudios en los cuales el re-test pueda ser probado bajo condiciones standard de presentación de la Fase de Copia, para que puedan ser mejor controlados el tiempo de exposición, y la experiencia de trabajo con los dibujos.

MÉTODOS DE ADMINISTRACIÓN GRUPAL

La utilidad del test de Bender o de la AHTGB para discriminar ha sido ya señalada. Esta función parece especialmente importante para seleccionar en las escuelas los niños más pequeños para un estudio más completo relacionado con serios problemas de personalidad, inmadurez perceptiva y débil desarrollo del ego, como así también para detectar un posible disturbio orgánico. Otra importante función de la administración grupal serían las posibilidades de investigación, ya que se podría obtener en forma relativamente fácil un gran número de protocolos y de información relacionada. Un estudio interesado en explorar los significados de los dibujos en estudiantes de *college* obtuvo los datos de asociación mediante la administración en grupo, sin requerir, sin embargo, que los dibujos fueran reproducidos (Suczek y Klopfer, 1952). En 1945 Hutt sugirió el posible uso de la administración en grupo y ofreció proposiciones para las condiciones mínimas de tal administración (1945 a).

Sin embargo, se dispone sólo de un número limitado de datos de investigación sobre los posibles efectos de tal administración. En un estudio, usando personas adultas como sujetos y probando las posibles diferencias en los protocolos del test entre la administración individual y en grupo, se encontró que ni los protocolos clínicos ni el punteo objetivo llevaban a diferencias significativas (Blum y Nims, 1953). Otro estudio, hecho con niños de jardín de infantes condujo a una prueba más comprensiva del efecto de la administración en grupo (Keogh y Smith, 1961). Emplearon el jardín de infantes de un distrito de escuelas (N = 221) y asignaron cada niño a uno de los tres grupos, haciéndolo al azar. A un grupo se le tomó el test individualmente, a un segundo grupo se le dio cuadernillos con cada dibujo reproducido en una página y con espacio debajo para copiarlo, y al tercer grupo se le mostró un dibujo agrandado sobre una tarjeta-pizarrón. Los resultados

fueron puntuados por una nueva escala dividida en 5 puntos así como el método de Pascal-Suttell. No se encontró ninguna diferencia en los *puntajes medios* como resultado de los diferentes métodos de administración. El nuevo método de puntaje parecía tener adecuada confiabilidad.

Tales hallazgos sugieren que los métodos de administración en grupo son valiosos. No se debe pensar, sin embargo, que no hay diferencias importantes y significativas en los casos individuales. Por supuesto, la administración en grupo hace perder una gran observación directa del material que puede ser muy útil para el trabajo clínico. Además, no tenemos ninguna prueba, hasta el momento, de los posibles efectos de la administración en grupo en sujetos psiquiátricos o perturbados emocionalmente.

Problemas diversos

Se hicieron intentos aislados para estudiar otras variantes más en la administración. Ya nos hemos referido al estudio en el que se empleó una selección de elección múltiple de dibujos del test (Niehbur y Cohen, 1956). Estudiando la relativa contribución de factores motrices y perceptivos en los protocolos del test, se hizo una comparación del rendimiento en la tarea standard con una ejecución en que los sujetos debían reproducir los dibujos colocando pedazos de papel en un pizarrón de felpa (Mc Pherson y Pepin, 1955). Se encontró incidentalmente que el rendimiento estaba influenciado primariamente por respuestas perceptivas latentes.

Otros procedimientos se han empleado principalmente para acrecentar la capacidad diferencial del test con respecto a los trastornos orgánicos. Un investigador empleó figuras reproducidas en relieve en láminas de plástico (Barker, 1949). En este estudio piloto se vio que este método parece ser mucho más sensible para tal diagnóstico diferencial que los métodos convencionales, pero no se presentó ningún dato. Otro investigador usó figuras dibujadas con bastante habilidad (Parker, 1954) y también vio que los pacientes con lesión cerebral eran más eficazmente diferenciados aún de los no-orgánicos por este método táctil-cinético que por el método standard. Un método mucho más simple y potencialmente mucho más útil en ambos campos teórico y práctico, fue brindado

por Canter (1966). En este estudio, los resultados obtenidos bajo administración convencional fueron comparados con aquellos en los cuales se les pedía a los sujetos que reprodujeran los dibujos sobre el papel con líneas curvas e intersectadas, llamada "interferencia de trasfondo". Como es de esperar cuando los problemas de fondo-figura se hacen más complicados, los enfermos orgánicos mostraban decrecimientos más grandes bajo las condiciones antes señaladas que un grupo de pacientes no-orgánicos. En un estudio evaluativo cruzado casi no se encontró coincidencia entre los pacientes orgánicos y los no-orgánicos. Este estudio necesita una réplica más cuidadosa, especialmente porque puede haber alguna objeción en cuanto a una posible contaminación en el proceso de punteo; pero este estudio es completamente experimental y posiblemente esté muy lejos de ser significativo.

Los psicólogos mostraron su inventiva en la modificación de la administración del test y su interpretación. Es de esperar que de estos esfuerzos surjan técnicas y teorías más fructíferas.

Capítulo V

FACTORES ESPECIFICOS DEL TEST Y SU INTERPRETACION

Presentaré ahora y discutiré aquellos *factores del test* específicos cuya utilidad se ha comprobado, mediante la experiencia, para interpretar las respuestas a la AHTGB. Donde es posible, las interpretaciones se fundamentan en pruebas experimentales, ya sea derivadas específicamente del test de Bender o de una de sus variaciones; pero se debe señalar que todavía faltan pruebas adecuadas y empíricas para algunas de las afirmaciones que siguen. En tales circunstancias, debemos confiar en la experiencia clínica, corroborada por criterios clínicos y pruebas de conducta en una amplia gama de variaciones: diagnóstico, terapia y consulta; pero aun cuando la evidencia experimental parece confirmar nuestras impresiones, no debemos tomar esto como una palabra final. En algunos contextos cultural-situacionales, y en algunos casos individuales, está probado que el resultado tiene un significado altamente idiosincrásico. Se supone que el clínico cuidadoso no se limitará a una, o aun más de una, pequeña evidencia para hacer generalizaciones sobre el estudio de un individuo particular. Más bien, cada factor, que puede tener varios significados, aun para el mismo paciente, llevará a una interpretación que tendrá más la forma de una hipótesis que de una conclusión. Cuando se usan hipótesis de este tipo para estudiar *el significado posible de la conducta*, y se evalúan frente a otras pruebas, especialmente frente a interpretaciones posiblemente conflictivas, cumplen una muy útil función creativa y clínica. El resumen clínico final unirá entonces las implicaciones *probables* de los hallazgos con las *posibles*. Todas las afirmaciones clínicas deben mirarse como definiciones de probabilidades más que como conclusiones confirmadas.

Varias observaciones introductorias se imponen. Las inter-

pretaciones que se ofrecen para cada uno de los factores del test fueron extraídas, en esencia, de pruebas clínicas y experimentales con adultos. En la mayoría de los casos la misma interpretación o interpretaciones similares deben tener una validez equivalente para los protocolos de niños de 7 años o más de edad. Pero hay dos restricciones: el nivel de inteligencia, en cuanto se refleja en el funcionamiento percepto-motriz, probablemente influirá más el funcionamiento percepto-motriz en niños que en adultos. Por consiguiente, puede requerirse un considerable estudio adicional, especialmente con niños moderada o seriamente retardados.

En segundo lugar, cuando se trata de niños que tienen algún retraso perceptual significativo, esto puede influenciar seriamente el test, que requiere, entonces, una interpretación muy diferente. Por supuesto, en el caso de algún defecto significativo y relevante —tal como un defecto visual serio, incoordinación muscular, experiencia viso-motora seriamente limitada— se deben evaluar los resultados con gran cuidado.

Debe quedar claro, también, que ciertas distorsiones o desviaciones en las reproducciones pueden deberse a factores extrínsecos tales como una superficie para escribir mala o áspera, errores en las figuras estímulo (que desafortunadamente hemos observado en algunos casos), un lápiz inadecuado para dibujar, apresuramiento en la toma del test. Se supone que el examinador deberá anotar debidamente tales factores extrínsecos, *registrándolos detalladamente en Formulario Revisado para el Protocolo.*

Se presume que cada uno de los factores discutidos antes está relacionado con procesos específicos de la personalidad. El clínico comienza por suponer que el factor tiene el significado(s) que se le atribuye. Puede sospechar otros posibles significados, y puede también desarrollar hipótesis distintas o modificadas, concernientes al significado de un factor cuando éste se repite bajo diferentes circunstancias o cuando se presenta en una nueva configuración. Es posible que esta clase de re-interpretación aparezca especialmente durante el análisis del material de la *Fase de Elaboración.* Así, el *proceso* de interpretación está guiado (pero no limitado) por los significados típicos de los diversos factores y a continuación se confirma, se modifica, o se rechaza sobre la base de una nueva prueba. (En un punteo objetivo, como en nuestra Escala de Psicopatía presumimos que los valores asignados a los diversos

factores representan la importancia que el factor tiene, y que las variaciones de tales valores tienden a anularse mutuamente.)

Además del listado, definición e interpretaciones de los siguientes factores del test, hemos agregado un listado de algunos otros factores acerca de los cuales otros autores han informado. Nuestra propia lista de factores y su interpretación ha sido modificada a la luz de nuevas pruebas aparecidas desde la última publicación.

El análisis de los factores del test se hará bajo cinco agrupamientos principales: Organización, Desviaciones de tamaño, Desviaciones en la forma, Distorsión grosera y Movimiento.

Organización

1. *Secuencia* * †

Definición: Se refiere al relativo grado de regularidad en las sucesivas colocaciones de los dibujos en las o las hojas usadas en hacer las reproducciones. El orden esperado de las sucesivas colocaciones es de *izquierda a derecha o de arriba hacia abajo*. La secuencia se puntúa considerando *el número de variaciones* que ocurren como una desviación del orden de sucesión que el examinado ya ha manifestado. Cuando el examinado coloca los sucesivos dibujos en orden de derecha a izquierda o de abajo hacia arriba, se puntúa como una variación en la secuencia. Del mismo modo, *cada vez* que se altere la secuencia se cuenta como una variación. Así, cuando un examinado ha ordenado sus dibujos de izquierda a derecha y luego coloca la próxima figura arriba, o abajo, o a la izquierda, esto se cuenta como una variación en la secuencia. *El puntaje de Secuencia es el número total de variaciones.* El Gráfico 1 ilustra ejemplos y puntajes para tales variaciones. Si un examinado coloca cada dibujo *en una hoja separada,* esto se considera una *secuencia irregular* (ver más abajo) y es puntuado como *2 variaciones* (Nota: Se permite, y no se tiene en cuenta en el puntaje de secuencia, que el examinado alcance el borde de la hoja y coloque la próxima figura en un espacio adecuado abajo).

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

La secuencia se clasifica como: *normal o metódica, sobre-metódica, irregular, confusa o simbólica.*

SECUENCIA SIMBÓLICA O CONFUSA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0). Los dibujos están colocados mezclados en la hoja —sin ningún plan aparente— o es evidente algún otro ordenamiento simbólico. Ilustraciones de colocaciones simbólicas son: patrón de la figura 8; patrón en espiral.

SECUENCIA IRREGULAR: (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0). Más de una variación en la secuencia, pero no se puede detectar *ninguna confusión obvia o mescolanza.*

SECUENCIA SOBRE-METÓDICA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0). No ocurre ninguna variación, las figuras están colocadas en una secuencia rígida, sin desviación.

SECUENCIA NORMAL O METÓDICA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0). Sólo ocurre una variación en la secuencia.

Interpretación: Además de la investigación sobre factores organizativos en pinturas espontáneas, hay datos significativos pero limitados sobre la significación de la "secuencia" en las reproducciones Bender (Byrd, 1956; Clawson, 1959; Mosher y Smith, 1965). Sólo uno de éstos fue hecho con adultos (el de Mosher y Smith), y ese estudio se relacionó primeramente con pacientes con daño cerebral. Creemos que el modo en que el individuo organiza sus reproducciones en la página (o páginas) nos dice algo sobre sus actitudes organizativas y para hacer planes y nos dice también de sus habilidades. El individuo más altamente compulsivo puede ordenar sus dibujos precisamente en la secuencia correcta no dejando que ocurran siquiera adaptaciones espontáneas que los rasgos objetivos del dibujo o el espacio sugieren. Por el otro lado, los neuróticos altamente ansiosos, especialmente los esquizofrénicos agitados, tienden a mostrar irregularidad o confusión en la secuencia de las figuras. Así, el "estilo" de su trabajo en esta ejecución constituye un importante indicador de este aspecto del "estilo" de su personalidad (Shapiro, 1965). Se supone que cuanto más rígida sea la personalidad, más rígido, posiblemente, será su estilo. Así los individuos normales, salvo bajo un serio stress, tienden a usar la secuencia metódica; mientras que los neuróticos tienden a usar ya sea la secuencia irregular o la sobre-metódica.

La forma en la cual el ego controla la conducta haciéndola

EJEMPLO 1 : 3 CAMBIOS

EJEMPLO 2 : 1 CAMBIO

EJEMPLO 3 : 2 CAMBIOS

EJEMPLO 4 : 2 CAMBIOS

Gráfico 1. Ejemplos de cambios en la secuencia. Los círculos indican el punto donde se puede notar un cambio en la secuencia. En el ejemplo 1, el primer cambio ocurre de la figura 2 a la 3, ya que la secuencia previa era de izquierda a derecha; lo mismo se aplica al cambio de secuencia de la figura 6 a la 7. En el ejemplo 3, no se computa ningún cambio de la A a la 1, ya que la dirección general de la secuencia no se ha hecho manifiesta todavía, pero ocurre un cambio de la figura 3 a la 4 ya que la secuencia previa había sido de arriba hacia abajo.

rígida o espontánea, es importante para la evaluación total de la personalidad. Por esta razón, en *análisis inferenciales* de protocolos (ver capítulo 6), se considera primeramente la secuencia para formulación de hipótesis sobre el individuo. Una secuencia confusa es muy posible que sea indicadora de un individuo altamente perturbado, y se encuentra frecuentemente en los protocolos de esquizofrénicos ansiosos y pacientes con psicosis delirantes, disociativas o tóxicas. También aparece en maníacos o hipomaníacos.

Nuestro propio estudio de la frecuencia de tres tipos de secuencias, en los protocolos de 80 estudiantes de *college* "normales", reunidos individualmente por edad y sexo (40 varones y 40 mujeres) con 80 pacientes externos neuróticos (principalmente con reacciones de ansiedad y combinadas) muestra lo siguiente:

Secuencia	**Normal**	**Sobre-Metódica**	**Irregular**
normales	62	13	5
neuróticos	9	41	30

Otra consideración al interpretar la secuencia es en qué punto del puntaje ocurre la variación. Las posibles hipótesis concernientes a los factores determinantes de la variación pueden originar un grupo de importantes hipótesis sobre el individuo. ¿Fue el dibujo particular el que causó el trastorno? Los datos en las fases de *elaboración y asociación* pueden ser muy reveladores. ¿Se llegó al final de la hoja? Un ejemplo de variaciones en la secuencia que ocurre sobre esta base es que el individuo que sigue una secuencia normal ordena sus dibujos en un lado de la página, luego sigue sobre el otro extremo de la hoja, pero repentinamente encuentra que le falta espacio en ella y entonces coloca las figuras restantes ya sea al pie de la página o indiscriminadamente en los espacios en blanco que quedan en la hoja. La falta de un plan anticipado y los límites de los controles del ego que se hacen así manifiestos pueden descubrir un aspecto del funcionamiento del individuo que no se había manifestado en otras situaciones del test o en la entrevista. El examinador observará la conducta del individuo atentamente cuando ocurran variaciones de este tipo, en búsqueda de evidencias de ansiedad, desorganización o regresión.

Las características psicológicas que pueden estar relacionadas con tal funcionamiento pueden ser: baja tolerancia a la frustración, alta ansiedad latente, indecisión, excesiva rigidez, sentimientos ocultos de inseguridad y duda compulsiva.

La progresión secuencial en la colocación de las figuras de derecha a izquierda pueden indicar tendencias negativas o rebeldes en la personalidad. El examinador deberá examinar también la posibilidad de que los factores culturales puedan haber contribuido a tal desempeño.

La colocación de cada figura en una hoja separada (usualmente en el centro o cerca de él) es un posible indicador de egocentrismo, así como es un posible indicador de características oposicionales. En nuestro ejemplo de 80 neuróticos referido antes, *seis* de los ocho pacientes que fueron juzgados como narcisistas mostraban esta característica.

En general, los pacientes utilizan una sola hoja de papel o dos hojas, usando solamente más o menos la mitad de la segunda hoja. El uso de más de dos hojas deberá ser considerado inusual y ocurre típicamente entre los psicópatas, individuos egocéntricos, maníacos y esquizofrénicos con delirios de grandeza.

2. *Posición del primer dibujo* * †

Definición: Se refiere a la colocación de la figura A sobre la página, si el examinado usa una sola página para todos los dibujos o usa más de una página.

COLOCACIÓN ANORMAL: (Valor en la Escala de Psicopatología = 3.25). Cualquier posición del dibujo que esté *dentro de una pulgada* de cualquiera de los márgenes de la hoja.

COLOCACIÓN NORMAL: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0). *La figura entera* queda dentro del tercio superior de la hoja y *ninguna parte* de la figura está *a menos de* 2,5 *centímetros* de cualquiera de los márgenes de la hoja.

OTRAS COLOCACIONES: No se computan pero se consideran en cuanto a una posible significación interpretativa.

Interpretación: Creemos que esta primera elección de colo-

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

cación del individuo al responder a la situación del test es importante aunque su significado no es siempre concreto. Nuestros propios datos de investigación, especialmente con la *Escala de Presencia-Ausencia*, sustentan el uso de este factor, como lo hace también nuestra experiencia clínica. Desafortunadamente debemos señalar que no hay otras pruebas de investigación que sustenten nuestra posición. El estudio de Byrd (1956) hizo una prueba limitada de este factor, pero lo definió de una forma diferente a nuestro criterio, y no encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los niños bien adaptados y aquellos que necesitaban psicoterapia. Con la población adulta de 160 casos que nosotros hemos utilizado para obtener verificaciones empíricas, yo encontré que 41 neuróticos mostraban una colocación anormal, mientras que sólo 10 normales lo hacían así; en un estudio clínico individual de los neuróticos, parecía tener gran significación la colocación anormal. Colocaciones anormales, tales como en el ángulo inferior izquierdo o en el ángulo inferior derecho de la hoja se han correlacionado, *sin excepción*, con un ajuste de la personalidad altamente anormal. Así, en 207 casos consecutivos en los cuales ocurrió esto, durante mi experiencia clínica desde 1944, tales colocaciones han estado siempre asociadas a condiciones como: esquizofrenia, estados neuróticos altamente ansiosos (con posibles procesos psicóticos), reacciones paranoides extremas y, en pocas ocasiones, simulación, unida con estado psicopático. No se ha notado nunca ni en los casos de buena adaptación ni en casos confirmados de lesión orgánica cerebral.

El patrón general de acercamiento-rechazo del individuo parece estar asociado con este tipo de colocación. Los sujetos tímidos o temerosos tienden a colocar su primer dibujo en el extremo, en el ángulo superior izquierdo de la hoja, y frecuentemente también reducen el tamaño de la figura. Por otro lado, los narcisistas, egocéntricos, y personas con carácter obviamente psicopático tienden a colocar el primer dibujo en el centro de la hoja usualmente aumentando el tamaño de la figura, y frecuentemente emplean una sola hoja para cada uno de los dibujos. Al desarrollar hipótesis sobre la colocación de la primera figura se deben considerar otros fenómenos asociados con este dibujo, tales como el tamaño de la figura, distorsiones en la forma, problemas de cierre y el tamaño relativo de las dos partes de la figura.

3. *Uso del espacio I* †

Definición: Se refiere exclusivamente al espaciamiento de los *dibujos sucesivos.* El criterio es *siempre* la figura precedente o adyacente, y el espacio se juzga en cuanto a los ejes *relevantes* de la figura. Así, cuando el espacio se juzga en relación con dos figuras en el mismo plano horizontal, se toma como eje *horizontal* el del dibujo de la *izquierda.* Cuando el espacio se juzga en relación a dos figuras en el mismo plano *vertical,* se considera el eje vertical del dibujo que está debajo. Cuando el dibujo está colocado entre dos figuras (ya sea a la izquierda o arriba) se considera el eje principal de la figura más cercana.

El espacio I puede ser normal o anormal. Es anormal si el espacio entre dos dibujos sucesivos es *más de la mitad en tamaño,* del eje principal de la figura precedente, o si es menos de un cuarto en tamaño de ese eje.

USO ANORMAL DEL ESPACIO: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0). Puede ser anormal y excesivamente comprimido o puede ser anormal y excesivamente expansivo. En cualquier caso, se computa como espacio anormal cuando el fenómeno que hemos definido arriba ocurre en *dos o más ocasiones.*

USO NORMAL DEL ESPACIO: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0). No es excesivamente comprimido ni excesivamente expansivo, como el definido en el párrafo anterior.

Interpretación: Ambos factores, Uso del Espacio I, y el próximo factor, Uso del Espacio II, parecen estar relacionados con modos básicos de adaptación de la personalidad tal como se manifiesta en la actividad percepto-motriz. Hay pruebas considerables concernientes a esta relación, derivadas de estudios de dibujo y pintura, especialmente en niños, pero también en adultos perturbados. Más directamente pertinente a nuestro uso de estos factores es el reciente trabajo sobre percepción hecho por varios investigadores. Piaget había notado que la tendencia hacia la "centralización" era muy pronunciada en niños pequeños (1950) ; este tipo de difusión en la percepción causa una sobreestimación del tamaño. A medida que los niños se desarrollan, descentralizan la atención, y pueden "medir" mejor; esta tendencia decrece con la

† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

edad e individuos con nivel adulto no hacen errores de estimación, y aparece la medida auténtica de la percepción. Un reciente estudio comparó la estimación del tamaño en niños emocionalmente perturbados con adultos esquizofrénicos (Davis, Cromwell, y Held, 1967). Usando los materiales Harris (Harris, 1957), que consistían en figuras de un cuadrado, una escena de dominación, una escena de aceptación, una escena de rechazo, una escena de sobreestimación y una escena neutral, los resultados fueron: 1) Niños (edad promedio 11 años): tendían a sobreestimar el tamaño; 2) Había diferencias en la estimación de tamaño de niños introvertidos comparados con niños extrovertidos y niños perturbados; 3) Los paranoicos y esquizofrénicos graves premórbidos subestimaban el tamaño mientras que los no-paranoicos y premórbidos leves sobreestimaban el *tamaño.* Tales hallazgos indican que tanto la madurez perceptiva como el ajuste emocional influyen en la estimación de tamaño.

En nuestro factor del test nos enfrentamos con la *relativa* estimación-reproducción de figuras sucesivas. Así creemos que estamos elevando al máximo nuestra medida de la conducta percepto-motriz en cuanto a factores adaptativos, más que en cuanto a los factores de madurez perceptiva. Importantes pruebas para esta definición de nuestro factor como medida de la personalidad se pueden encontrar en estudios de Byrd (1956) y de Clawson (Clawson, 1959).

Las interpretaciones que hemos sugerido previamente se "confirman" en estas investigaciones. Además nuestros propios datos relacionados con la Escala de Psicopatología (diferencias entre grupos de normales y neuróticos y entre grupos de neuróticos y esquizofrénicos son significativas al nivel .0.1) y con la Escala de Presencia-Ausencia (en la cual sucesivas evaluaciones cruzadas sustentaban el uso de este factor) ofrecen un sustento más firme para las siguientes interpretaciones.

Una excesiva cantidad de espacio entre dibujos sucesivos tiende a correlacionarse con una conducta que se clasifica como hostil, "extravertida" y afirmativa. El uso comprimido del espacio se relaciona con pasividad, conducta introvertida y tendencias esquizoides. La posibilidad de hostilidad reprimida y de tendencias masoquistas pueden asociarse también con la compresión. En general, el uso anormal del espacio indica algún tipo de desajuste

emocional cuya naturaleza precisa se puede inferir de un análisis más detallado de éste y otros factores de la AHTGB.

Creemos que podemos generalizar la afirmación de que el uso del espacio es un importante indicador de la orientación de la actitud del individuo con relación al mundo. Más específicamente, si los sentimientos hostiles son abierta y adecuadamente expresados o si están suprimidos y distorsionados, es algo que muchas veces puede inferirse de los rasgos estilísticos de las reproducciones. Los adultos activamente paranoicos tienden a usar un espacio excesivo (ambos factores I y II), y a reproducir las figuras mucho más pequeñas que el estímulo. Frecuentemente comprimen todos los dibujos dentro de menos de la mitad de una hoja, los hacen muy pequeños y dejan mucho espacio entre las figuras.

4. *Uso del espacio II* † *(comprensión versus expansión)*

Definición: Se refiere a la medida de las reproducciones en relación con los estímulos del test sobre los que se basaban. La siguiente tabla indica los límites "normales" para cada figura en base al alto y al ancho. Una reproducción se considera *comprimida* si alguna de sus dimensiones es menor que (o cae dentro de) los límites de la tabla 1. Se considera *expandida* si alguna de sus dimensiones excede estos límites. El Espacio II no se incluye más en la Escala de Psicopatología pero una variación de él se incluye en la Escala de Presencia-Ausencia.

Interpretación: Ya nos hemos referido a la prueba de investigación concerniente a este factor. El uso comprimido del espacio tiende a relacionarse con introversión, con modos de conducta temerosa y hostil encubierta. El uso expansivo del espacio se relaciona a modos de conducta exageradamente segura, rebelde y egocéntrica. En tales casos, es grande la probabilidad de que las hipótesis que hemos enunciado sean relevantes. Cuando sólo están comprimidas unas pocas figuras, o cuando solamente unas pocas están expandidas, la probabilidad se debe mirar menos confiadamente. Cuando se presentan ambas, compresión y expansión, en un mismo protocolo, es probable que la personalidad se caracterice por modos de conducta ambivalentes de acercamiento-rechazo. No

† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

tengo pruebas para corroborarlo, pero mi impresión clínica es que los pacientes que he visto en psicoterapia y que mostraban grandes variaciones en el temple afectivo, presentaban también esta característica ambivalente en sus puntajes AHTBG.

Tabla 1

LIMITES NORMALES DE ALTO Y ANCHO PARA **EL FACTOR 4**

(en pulgadas)

Figura Nº	Límites de altura	Límites de ancho
A	0.67 a 1.00	1.18 a 1.97
1		3.11 a 5.20
2	0.27 a 0.40	2.94 a 4.96
3	0.67 a 1.10	1.14 a 1.89
4	1.10 a 1.81	1.00 a 1.67
5	0.79 a 1.34	0.79 a 1.34
6	1.02 a 1.76	1.97 a 3.31
7	0.97 a 1.53	1.10 a 1.81
8	0.35 a 0.59	1.85 a 3.07

5. *Colisión* *

Definición: Se refiere a la coincidencia o superposición de una figura con otra. El perímetro de una figura debe casi tocar o superponerse al perímetro de la otra figura. Si la línea de puntos o círculos de una figura se introduce dentro del espacio abierto de una figura adyacente pero no hay toque o superposición del perímetro, esto no se computa como una colisión; más bien se considera como una tendencia a la colisión, y así se computa e interpreta.

COLISIÓN EXTREMA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0) la colisión ocurre más de 2 veces.

COLISIÓN MODERADA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 8.5) la colisión ocurre 2 veces.

COLISIÓN PRESENTE: (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0) la colisión ocurre 1 vez.

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Pulgada = 2,3 cms.

Extrema tendencia a la colisión: (Valor en la Escala de Psicopatología = 5.5) ocurre más de 2 veces.

Extrema tendencia a la colisión: (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0) ocurre 2 veces.

Tendencia a la colisión presente: (Valor en la Escala de Psicopatología = 2.5) ocurre 1 vez.

Ni colisión ni tendencia a la colisión: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0).

Cuando se presentan ambos fenómenos, la *colisión y la tendencia a la colisión* en un mismo protocolo, los puntajes para ambos se suman, pero en ningún caso el puntaje total para este factor puede ser más de 10.0.

Interpretación: Mi principal hipótesis con respecto a este fenómeno, como afirmé en una publicación previa (Hutt y Briskin, 1960), fue que indicaba "una marcada perturbación en la función del ego". Se deben agregar dos clasificaciones: 1) La colisión y especialmente la tendencia a la colisión, se relacionan con el desarrollo general de factores que gobiernan el control motor y la agudeza perceptiva, así que se puede esperar que estos fenómenos aparezcan relativamente en forma más frecuente, aun en casos normales, en niños pequeños, digamos por debajo de los 7 años de edad. 2) Estos fenómenos pueden ocurrir también como resultado de deterioros neurológicos periféricos y perturbaciones musculares que afectan el control motor. Creemos que cuando el daño cerebral se acompaña de pérdida en el control del ego puede ocurrir colisión o tendencia a la colisión en la AHTBG. Sin embargo, ello puede también ocurrir sin daño cerebral, cuando hay una considerable perturbación psicológica en esta área. Se reflejan en estos fenómenos pobre planeamiento anticipado, dificultad en las relaciones con figuras concretas (que se muestra aún más claramente al superponer figuras como el dibujo 7) y grados extremos de impulsividad.

Los fenómenos no ocurren con gran frecuencia en una población no seleccionada, así que las pruebas estadísticas de significación para comparar subgrupos clínicos no son obtenibles rápidamente. El hecho de que se hayan obtenido algunos hallazgos significativos sugiere que cuando el factor está presente es más probable que sea significativo que cuando está ausente.

Además de nuestros datos, desearíamos referirnos a cuatro estudios que incluyeron este factor, pero no nuestros criterios para computarlos. El estudio de Byrd (1956) utilizó nuestra primera definición de este factor. Byrd comparó la frecuencia de aparición del fenómeno de colisión en cada uno de cuatro grupos de edades de 50 niños que necesitaban psicoterapia con 50 niños que se juzgaban como bien adaptados. En el grupo de 8-9 años las frecuencias fueron 11 y 7 respectivamente; en el grupo de 10-11 años las frecuencias fueron 11 y 5 respectivamente; en el grupo de 12-13 años fueron de 5 y 6 respectivamente, y en el grupo de 14-15 años fueron 7 y 0 respectivamente. En el nivel más alto de edad la diferencia fue significativa al nivel .02. Cuando los grupos se combinan, encontramos 37 casos de colisión en el grupo que necesitaba psicoterapia y 18 casos en el grupo bien ajustado —una diferencia estadísticamente significativa (por encima del nivel .01)—. Obviamente, los factores de desarrollo deben tenerse en cuenta para explicar la frecuencia mayor en los grupos más jóvenes. Más significativo es el hecho de que la comparación de los grupos de más edad, en los cuales podemos presumir una considerable heterogeneidad en la seriedad del mal ajuste y la adecuación del buen ajuste, no revela *ningún caso de colisión* en el grupo "normal" y 7 (de entre 50) casos en el otro grupo.

Clawson (1959) incluyó este factor en un puntaje conjunto llamado "Uso del espacio blanco". Sus comparaciones involucraron un grupo clínico (heterogéneo) y un grupo "normal". El análisis de sus datos llevó a una sustentación indirecta de la validez de nuestra hipótesis acerca de la relación entre la colisión y el control del ego, especialmente en cuanto a los datos congruentes del Rorschach.

En cuanto a la capacidad de este factor para ayudar a diferenciar grupos con lesión cerebral de otros grupos psiquiátricos y normales, se pueden señalar dos estudios. En uno (Hain, 1964), usando una medida de "dibujos superpuestos", este investigador encontró que este factor tiene un alto valor discriminativo para lograr un puntaje diferencial total y exitoso. Se le dio al "signo de test" un valor de 3, y sólo otros tres signos (con valor 4) dentro de 15 "signos del test" significativos, tuvieron un valor más alto. En el estudio de Mosher y Smith (1965), en el cual se hicieron comparaciones entre 142 casos de lesión cerebral y 28 casos neurológicos (sin lesión cerebral) y 92 esquizofrénicos, se encontró

que la colisión discriminaba a nivel .05. Deberíamos esperar que en un nivel adulto la colisión se encontrará raramente en un grupo de esquizofrénicos como el que se usó en el estudio (esquizofrénicos agudos que habían sido incorporados al servicio militar activo) ; de modo que los hallazgos de alguna diferencia significativa son muy llamativos.

Mis propios datos, en los que comparé 80 estudiantes de *college* normales con 95 casos de lesión cerebral confirmada (grupo adulto heterogéneo), concluyen: Entre el grupo de estudiantes normales hubo un solo caso de tendencia a la colisión y uno de colisión (puntajes respectivos de 2.5 y 7.0). Entre el grupo con lesión cerebral hubo: 4 casos de colisión, puntaje 10.0; 5 casos de colisión, puntaje 8.5; 5 casos de colisión, puntaje 7.0; y 3 casos de colisión, puntaje 2.5. En cuanto a los grupos totales, la diferencia en puntajes psicopatológicos en este factor es significativa al nivel .001.

El uso de este factor se recomienda, por lo tanto, con los cuidados antes indicados.

6. *Uso del margen*

Definición: Se refiere a la colocación de cualquier porción de la figura a menos de 1,75 centímetros de cualquiera de los bordes de la hoja de test. El uso anormal del margen consiste en la concurrencia de este fenómeno en 7 o más figuras. Aunque nosotros continuamos recomendando el uso de este factor para desarrollar hipótesis proyectivas, no lo incluimos ni en la Escala de Psicopatología ni en la Escala de Presencia-Ausencia.

Interpretación: El uso excesivo del margen frecuentemente indica ansiedad encubierta, y puede representar un intento de mantener el control a través de un sostén externo. En casos extremos de severa ansiedad, en algunas condiciones paranoides, todas las figuras "bordeaban" el margen muy estrechamente. Esto se encuentra algunas veces en el protocolo de pacientes con lesión cerebral orgánica, y se puede interpretar en tales casos como un intento compensatorio de mantener el control y reducir sentimientos de impotencia. Mi experiencia clínica sustenta estas hipótesis, pero se debe señalar que la relativa falta de frecuencia de ocurrencia (en adultos), y la ausencia de datos adecuados, no han dado

suficiente fundamento empírico para incluirlo en mis escalas. Sin embargo, puedo aportar los siguientes datos. Entre la población "normal" de estudiantes de college (N = 80) sólo ocurrió un caso que puede ser computado como de anormal uso del margen. Entre el grupo neurótico comparativo (N = 80) hubo 4 casos de éstos entre 42 neuróticos ansiosos y 3 casos similares entre los neuróticos restantes con síndromes diversos. Sin embargo, en un grupo comparable de 50 esquizofrénicos paranoides (proceso activo) hubo 9 casos de este fenómeno. En el trabajo clínico en el que he tenido oportunidad de observar individuos psiconeuróticos en el curso de una terapia a largo plazo este fenómeno ocurrió en aquellos donde había una ansiedad severa y encubierta.

Byrd encontró un solo caso de uso excesivo del margen entre 200 casos de niños (Byrd, 1956), pero se debe aclarar que su criterio era diferente del que yo estoy sugiriendo. Por otro lado Clawson, usando tres criterios que denominó "cohesión de la página" y basados en lo que ella denominó "tendencia al margen", "tendencia hacia arriba" y "tendencia hacia abajo", encontró 21 casos entre la población escolar, y 34 casos entre la población clínica (1959). Separadamente, ninguno de estos tres elementos en su estudio alcanzó significación estadística en tests que comparaban los dos grupos. Combinando los tres elementos, la prueba de significación alcanzó el nivel .05. Este hallazgo sustenta la posible interpretación del uso del "margen" aun en el caso de niños, pero el poder probatorio de la hipótesis se debe considerar más débil que en el caso de adultos. Sin embargo, se debe prestar cuidadosa *consideración* a casos extremos del uso del margen para nuestra hipótesis.

7. *Variación en la posición del papel* *

Definición: Se refiere a la rotación real de la hoja del test, desde la posición vertical en la cual se presenta, a la posición horizontal (o a una variación aproximada de 90 grados). (Este factor no se debe confundir con Rotación o Rotación perceptiva tal como está definida en el factor número 14. Se consideran tres grados de rotación del papel.

ROTACIÓN DEL PAPEL PARA TODAS LAS FIGURAS (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

ROTACIÓN DEL PAPEL PARA 3 A 8 FIGURAS (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

ROTACIÓN DEL PAPEL PARA 1 A 2 FIGURAS (Valor en la Escala de Psicopatología = 5.5)

NINGUNA ROTACIÓN DEL PAPEL (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0).

Interpretación: Son muy pocos los comentarios publicados sobre este factor, aunque muchos psicólogos clínicos con los cuales el autor habló afirman que ellos lo usan en sus interpretaciones. Yo lo he conservado, sin embargo, a causa de su aparente utilidad clínica y porque mis datos originales de 1945 lo confirmaron. Además, demostró tener buena validez en la construcción de la Escala de Psicopatología.

El significado específico de conducta en la prueba ha sido dilucidado en estudios diagnósticos y terapéuticos de muchos adultos por un período de casi 25 años. Aunque pueden intervenir otros factores, hay casi siempre algo que puede ser descripto como "obstinación" y aun "irascibilidad" en los pacientes que lo exhiben. En términos más precisos, están presentes cualidades oposicionales latentes o pasivas. Además puede haber elementos de egocentrismo. Algunos individuos detallistas o inquietos cambian la posición del papel en cada dibujo, a veces en varias ocasiones en la ejecución de un mismo dibujo. Por supuesto, una experiencia anterior, especialmente en actividades de dibujo o diseño, puede influir en el estilo que se expresa en tal conducta. En dichos casos, un simple cuestionario sobre este aspecto del test usualmente indicará esto. Se notará también que los niños algunas veces rotan el papel a causa de tendencias rotacionales (perceptivas) o por razones orgánicas evolutivas o patológicas, y hay pruebas de investigación que indican que ocurren menos rotaciones cuando la tarjeta con el estímulo y la hoja del test están alineadas de modo que sus ejes comparables sean coincidentes (Hannah, 1958; Griffith y Taylor, 1961).

8. *Variación en la posición de la tarjeta estímulo*

Definición: Se refiere al cambio de posición de la tarjeta estímulo de su posición "standard" con el eje longitudinal paralelo

al cuerpo del examinado, a unos 90 grados aproximadamente de esta posición, por ejemplo, hasta que el eje menor queda paralelo al cuerpo.

Interpretación: Algunas de las mismas condiciones que hacen que el examinado varíe la posición de la hoja se encuentran en este factor. No hay más datos de investigación que los obtenidos por el autor para sustentar esta interpretación. Un control de los dos grupos de individuos que yo empleé para probar otros factores, 80 estudiantes de *college* y 80 pacientes externos neuróticos, mostró lo siguiente: Hubo 7 casos en el grupo de estudiantes de *college* en los que se movió la tarjeta al menos una vez, de acuerdo a nuestro criterio, mientras que hubo 19 casos entre los neuróticos. Otro control se refiere a mis propios casos de terapia en los que las tendencias oposicionales eran claramente evidentes; en un grupo de 45 casos de ésos, este fenómeno se presentó 32 veces. Aunque no había grupo control para esta prueba, los datos son congruentes con la hipótesis, ofreciendo algún índice de validez.

Factores relacionados con el tamaño

Un individuo puede cambiar el tamaño de la reproducción sin alterar su configuración característica y sin otra distorsión seria. Parecería lógico considerar ambos, los cambios de tamaño y otros tipos de desviaciones, al perfeccionar la posible significación interpretativa de los cambios de tamaño. Hay tres medidas útiles de alteraciones de tamaño; aumento o disminución globales del tamaño; aumento o disminución aislada del tamaño; aumento o disminución progresiva del tamaño. Antes de comentar estas medidas específicas, es preciso decir unas palabras sobre las expectativas de todas estas medidas.

Hablando en general, sería de esperar, a partir de la literatura experimental y las pruebas clínicas sobre estimación de tamaños y distorsiones en la reproducción del tamaño del estímulo, que la ansiedad y variación de tamaño estuvieran significativamente relacionadas. Sin embargo se corren muchos riesgos al establecer simples relaciones lineales entre errores de tamaño y ansiedad. Por otro lado, como lo ha demostrado la contradictoria y tortuosa investigación concerniente a la medida de la ansiedad, la ansiedad tiene muchas formas abiertas y algunas formas encu-

biertas. Los índices para medir la ansiedad tienen poca o ninguna correlación. Tampoco miden variedades de la ansiedad sino, a lo sumo, su presencia. Diferentes autores hablan de ansiedad básica, ansiedad crónica, ansiedad específica de la situación del test, ansiedad inducida, etc. Por otro lado, las desviaciones en el tamaño pueden reflejar un número de diferentes y aún no-correlacionados factores. Está el factor de desarrollo (Piaget, 1950; Davis, Cromwell y Held, 1967), está el factor emocional (como hemos especificado) y está el factor de patología cerebral. Se necesita gran cuidado, por lo tanto, al interpretar la presencia o ausencia de un simple estudio correlacional entre aspectos de ansiedad y aspectos de desviación de tamaño.

Cuando hay alguna forma de ansiedad presente puede no manifestarse necesariamente en el fenómeno de desviación de tamaño. Si ocurre así o no, presumiendo que hay una tendencia de estos factores a estar relacionados, dependerá de otros aspectos del estilo del individuo o de su repertorio defensivo. Algunos sujetos ansiosos se exteriorizan, otros se inhiben, otros más somatizan su ansiedad, y otros pueden mostrar una amplia variedad de derivaciones aun en la esfera percepto-motriz. Algunas veces, cuando la ansiedad se manifiesta en la esfera percepto-motriz, el resultado se expresa en una sola de las 9 figuras, pero puede ocurrir un cambio altamente significativo de tamaño en esa figura o en una parte de ella. Por lo tanto, mientras nuestras medidas de cambio del tamaño tienen algún valor, su contribución se hace más significativa cuando se consideran en relación con otros aspectos del total desarrollo del test. Diremos algo más sobre ese problema en el siguiente capítulo.

9. *Aumento o disminución generales en el tamaño de las figuras.*

Definición: Se refiere al aumento o disminución de ¼ del tamaño en la reproducción del eje horizontal o vertical de la correspondiente figura estímulo. Hay un *aumento general* cuando 5 o más de las figuras están aumentadas de tamaño. Hay *una disminución general* cuando 5 o más figuras están disminuidas de tamaño.

Interpretación: Un predominante aumento o disminución es frecuentemente un medio por el cual se expresa ansiedad en esta situación de test. Los niños de una edad de alrededor de 9 años tienden a aumentar más frecuentemente el tamaño de sus reproducciones. Sin embargo, los niños con una ansiedad muy alta pueden compensatoriamente disminuir el tamaño; especialmente si son también suspicaces e introvertidos. El aumento de tamaño va acompañado frecuentemente de sentimientos de inseguridad e impotencia. La disminución está más frecuentemente asociada con intensa ansiedad encubierta. Los pacientes con funciones del ego marcadamente perturbadas, y especialmente aquellos cuyas funciones del ego han sido "fragmentadas" (Hutt y Gibby, 1957) pueden mostrar algunas veces el fenómeno de *micropsia* que se refiere a reproducciones extremadamente pequeñas.

En el nivel de conducta manifiesta, parece que el aumento de tamaño está relacionado con modos de conducta compensatoria, extravertida y segura, mientras que la disminución de tamaño está relacionada con conducta introvertida, más pasiva e inhibida.

Existen resultados de investigación sobre este factor del test en la AHTGB. Byrd (1956), usando un criterio de medida más antiguo propuesto por Hutt, encontró que el predominante cambio de tamaño era significativamente diferente en niños bien ajustados y niños que necesitaban psicoterapia (edades entre 10 y 15 años) , y la diferencia siguió en la *dirección esperada.* Clawson usó 3 medidas de modificación del tamaño (siguiendo a Hutt) y encontró que las medidas diferenciaban a los escolares de los clínicos al nivel .001 (1959). Sorpresivamente, sus niños variaban en edad entre los 7 y 12 años, pero sus diferencias más pronunciadas, en comparación con los de Byrd, pueden haber sido función, en parte, de diferencias más significativas entre sus dos grupos. Encontró también que el tamaño disminuido de la figura estaba significativamente asociado con el fenómeno de conducta "introvertida" ($p = .01$). Además el tamaño comprimido de la figura estaba relacionado con una medida Rorschach de compresión ($p = .001$) : todos los hallazgos iban en la dirección esperada.

Por otro lado, un estudio de adolescentes (Taylor y Schenke, 1955) comparó un grupo agresivo con un grupo pasivo y un grupo control. La constitución de los grupos fue hecha en base a las respuestas dadas a cuestionarios. Los protocolos Bender fueron computados usando el método de Peek y Quast (Peek y Quast,

1951). Con respecto a los cambios de tamaño, el único hallazgo positivo (p = .05) fue que los individuos agresivos producían más frecuentemente distorsiones en el tamaño que los otros dos grupos. Las diferencias en los métodos de puntuación, la naturaleza de las variables empleadas y los métodos de análisis pueden haber influido en los resultados en general negativos. En nuestra opinión, no podrían haberse esperado resultados importantes si, al menos, no hubiera habido diferencias significativas en los niveles de ansiedad de los grupos. Otro estudio (Gavales y Millon, 1960) con estudiantes que cursaban el *college* comparó las desviaciones de medidas de cuatro subgrupos: un grupo con alta ansiedad (medida con la Escala de Taylor de Ansiedad Manifiesta) y ansiedad inducida experimentalmente, un grupo con alta ansiedad sin ansiedad inducida, un grupo con baja ansiedad con ansiedad inducida y un grupo con baja ansiedad sin ansiedad inducida. Se encontró que los grupos con ansiedad inducida producían reproducciones Bender significativamente más pequeñas y que los grupos con ansiedad alta tendían a diferenciarse en forma similar a aquellos con ansiedad baja.

En mis propios datos se muestra más claramente la significación de la ansiedad. Cuando mi grupo neurótico (N = 80) se compara con mi grupo "normal" (N = 80) en cuanto al predominante aumento o disminución del tamaño en la AHTGB (según se definió), los resultados son significativos en la dirección esperada al nivel .05. Más significativo, cuando se compara en este factor el subgrupo de neuróticos ansiosos (N = 42) con el grupo total de estudiantes, la diferencia es significativa al nivel .001.

10. *Progresivo aumento o disminución en el tamaño de los dibujos*

Definición: Se refiere al aumento o disminución de las reproducciones en relación con la figura estímulo. Se dice que ocurre *aumento progresivo* cuando hay un aumento progresivo del tamaño, cualquiera sea la cantidad, en 6 figuras por lo menos. La *disminución progresiva* ocurre cuando se verifica el mismo criterio, pero hay una disminución en 6 figuras como mínimo.

Interpretación: Este factor se conserva aunque hay pocas pruebas de investigación para sustentarlo. Los datos de Clawson (1959) lo sustentaban pero no son definitivos. Nuestros propios datos no nos han conducido a una adecuada prueba estadística. Sin embargo, la experiencia clínica continúa sustentando las siguientes hipótesis que deben tomarse por ahora, con reservas.

Cuando un protocolo muestra claramente una tendencia a un constante aumento de tamaño de las figuras, es posible que esté asociado con irritabilidad, tendencia hacia la pérdida de control, y a actuar impulsivamente. La progresiva disminución posiblemente esté asociada con tendencias hacia la introversión, inhibición y reacciones depresivas. Frecuentemente se presentan problemas psicosomáticos.

En general, el fenómeno parece relacionarse con algún tipo de baja tolerancia a la frustración y pobre control del ego. Aunque se necesitan más datos de investigación, nosotros nos apoyamos en nuestras impresiones clínicas con respecto a este factor.

11. *Aumento o disminución ocasionales de tamaño*

Definición: Se refiere al aumento o a la disminución en una parte de una figura o en una figura total frente a las restantes. El criterio que se ha aplicado a una figura total es que sea alrededor de un cuarto más grande o más pequeña que las otras reproducciones.

Interpretación: Se piensa que cambios aislados en el tamaño de partes de una figura o de una sola figura total son clínicamente significativos. Tales significados posiblemente son altamente idiosincrásicos, aunque los cambios en algunas figuras aisladas (en cuanto al tamaño) pueden ser más frecuentes que en otras a causa de sus propiedades perceptivas o a causa de su tendencia a despertar asociaciones (Suzek, 1952; Tolor, 1960; Story, 1960; Sternberg y Levine 1965). Los cambios aislados en tamaño pueden mirarse como "*lapsus*" en el área percepto-motriz de la conducta; aunque pueden darse por casualidad, una hipótesis más convincente es la de que son el resultado de alguna perturbación emocional y reflejan un proceso de personalidad subyacente que no es revelado fácil y abiertamente por el individuo.

Además del uso que se puede hacer de los "significados gene-

rales" que se asignan a las figuras en estudios de investigación (por más limitados que sean éstos), hay que buscar indicios del posible significado de variaciones de tamaño aisladas mediante "evidencias internas". De gran importancia en esta perspectiva son las asociaciones que se obtienen en la *Fase de Asociación* del test. Estas asociaciones deben ser consideradas un punto inicial si se desea estudiar profundamente los posibles significados de cambios de tamaño aislados. Un estudio más completo sobre este material puede ser de utilidad, como lo pueden ser otros datos clínicos sobre el paciente.

Variaciones aisladas de tamaño en la figura A se han asociado, frecuentemente, con actitudes comparativas hacia figuras femeninas (representadas frecuentemente por el círculo) y figuras masculinas (representadas frecuentemente por el rombo). Similarmente, tales cambios en las figuras 7 y 8 se relacionan aún más específicamente con actitudes hacia la sexualidad y aún más específicamente hacia características fálicas (Sullivan y Welsh, 1947). En general, la reducción del tamaño está asociada, creemos, con el aislamiento u otras maniobras represivas, mientras que el aumento de tamaño se asocia con acercamiento y defensas compensatorias hacia estímulos sexuales. Pero debemos tener cuidado con sacar conclusiones apresuradas basadas en poca cantidad de pruebas. Por otro lado, tales pruebas, consideradas como caminos para hacer hipótesis, pueden ser extremadamente aclaratorias y no deben ser despreciadas.

El lector recuerda los importantes hallazgos de Mira (1939-1940) que nos han conducido a considerar las variaciones de tamaño en el plano vertical (especialmente si ocurren en más de una figura) como indicador de conflictos en el área de relación con figuras autoritarias, mientras que variaciones de tamaño en el plano lateral u horizontal se consideran como indicadores de dificultades para establecer o mantener relaciones interpersonales. La relación general entre figuras comprimidas y la compresión en otros índices del funcionamiento de la personalidad (Clawson, 1959) y entre curvas y emocionalidad (Story, 1960; Breen, 1953) ya se han señalado.

Los factores analizados en esta sección tienen que ver con algún grado de cambio en la característica guestáltica. La *Gestalt* no está destruida ni seriamente distorsionada, como puede resultar de la operación de factores descriptos en la próxima sección, pero está alterada en alguna de sus características. Se piensa que tales cambios representan derivaciones psicológicas de una naturaleza más específica que aquellos discutidos en la sección precedente.

12. *Dificultad en el cierre* * †

Definición: Se refiere a la dificultad para "juntar" partes de una figura o dos figuras adyacentes que se tocan una a otra. Las *figuras en las que puede ocurrir dificultades en el cierre son: A, 2, 4, 7, y 8.* Puede haber dificultades en el "juntar" cuando se intenta completar el círculo o el rombo en la figura A, al completar los círculos en la figura 2, al juntar los lados de la figura 4 o al unir la curva y el cuadrado abierto en la misma figura; y al juntar los lados o conectar las partes adyacentes en las figuras 7 y 8. La dificultad puede manifestarse de varios modos: *aberturas en el lugar de unión, "remarcación de la unión"* (subrayando en este punto); borraduras o correcciones en el punto *de unión* y *notable aumento en la presión del trazado o repaso en estos puntos.*

El puntaje bruto en este factor es el número total de dificultades de cierre que ocurren, pero hay dos advertencias especiales: a) No se pueden computar más de 2 dificultades de cierre en cualquier figura y b) En la figura 2, contar 2 dificultades de cierre como un puntaje bruto de 1, y 3 o más dificultades de cierre como un puntaje bruto de 2.

Hay 5 sub-categorías de este factor: muy severo, severo, moderado, débil y ausente.

MUY SEVERO: El puntaje bruto es 9 o más (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

SEVERO: El puntaje bruto es de 6 a 8 (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.75)

MODERADO: El puntaje bruto es de 3 a 5 (Valor en la Escala de Psicopatología = 5.5)

DÉBIL: El puntaje bruto es de 1 a 2 (Valor en la Escala de Psicopatología = 3.25)

AUSENTE: El puntaje bruto es 0 (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Nuestra principal hipótesis relacionada con la dificultad de cierre es la de que este fenómeno representa, a nivel viso-motor, dificultad para mantener relaciones interpersonales adecuadas. Las subhipótesis incluyen la asociación entre dificultad de cierre y temor ante las relaciones interpersonales, y la asociación de este fenómeno con las perturbaciones emocionales en general, en las que es común la tendencia a la dificultad en mantener catexias adecuadas y permanentes con los objetos externos. Por supuesto, como con la mayoría de los fenómenos, no se debe esperar más que una casi perfecta relación lineal con el complejo producto final: alguna característica específica de la personalidad. Más bien, se la debe considerar como *una parte de una posible configuración*. Por lo tanto, nuestras hipótesis estarían sustentadas, si se prueba que la tendencia general en la dirección antedicha es significativa. Aparte de nuestra propia y extensa experiencia clínica que sustenta estas hipótesis, hay algunos datos de investigación que también le brindan algún sustento. El estudio de Byrd (1956) encontró que había diferencias consistentes y significativas (al nivel .01) entre niños bien adaptados y niños que necesitan psicoterapia, en este factor del test, a niveles de edad entre 8 y 15 años. Si sus datos de nivel de edad se combinan, la significación de los resultados es mayor de .001. Pensamos que este hallazgo, si bien no confirma directamente nuestra hipótesis principal, es compatible con ella. Debemos señalar que el análisis de Byrd fue hecho con una medida de dificultad de cierre que es más imperfecta que nuestra medida presente. Clawson (1959) encontró que el síntoma de problemas interpersonales podía predecirse empleando una medida aproximativa para la dificultad de cierre y que también era predecible una medida en el Rorschach. Otra prueba indirecta fue brindada por la investigación de Guetin (1954), en la cual el análisis del factor de los puntajes Bender de

100 pacientes psiquiátricos adultos descubrió un factor estadístico llamado "cierre inestable" (con una medida derivada del criterio de puntaje de Bullingslea), se pensó que este factor, que aparece con valor muy alto en los catatónicos, era indicador de desesquilibrio emocional". Una corroboración adicional para un factor similar se puede encontrar en el estudio de Hain (Hain, 1964). Una prueba mucho más específica de las hipótesis fue brindada en el estudio de Story sobre alcohólicos (1960). Usando una comparación de alcohólicos con un grupo control de no alcohólicos, encontró que cada una de las dos medidas derivadas de la dificultad de cierre separaba estos grupos al nivel .01 de significación. En nuestra propia comparación de un grupo neurótico con un grupo comparable de estudiantes de college encontramos puntajes promedios de cierre de 5.7 y 3.1 respectivamente y la diferencia significativa al nivel .01.

Así, de un modo general podemos decir que la dificultad de cierre parece ser un importante índice de algunas formas de desajuste emocional asociados con psicopatología severa y más específicamente hay algún sustento para las hipótesis relacionadas con problemas interpersonales.

13. *Dificultad de cruzamiento* * †

Definición: Se refiere a la dificultad para lograr el o los cruzamientos que se dan en las figuras 6 y 7. Se manifiesta por repasos, garabatos, borraduras o un marcado aumento de presión en el punto donde las líneas se cruzan. Cuando se dibuja la figura 6 como dos curvas tangenciales, esto no se computa como dificultad en el cruzamiento.

El puntaje bruto está dado por el número total de veces en que ocurre esta dificultad.

SEVERO: El puntaje bruto es 3 o más (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADO: El puntaje bruto es 2 (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de la Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

DÉBIL: El puntaje bruto es 1 (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

AUSENTE: El puntaje bruto es 0 (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Se cree que esta manifestación es índice de bloqueo psicológico y está correlacionada con conductas como la indecisión, dudas compulsivas y fobias. Es también probable que esté representado en la conducta, al nivel de dificultad en relaciones interpersonales, aunque quizás no tan específicamente como el factor: 12.

En mi propia experiencia clínica, este factor está casi invariablemente presente cuando hay alguna forma significativa de bloqueo, aunque lo opuesto no es necesariamente cierto. El factor ha soportado también las pruebas más generales de significación en la evaluación de items de ambas escalas, la Escala de Psicopatología y la Escala de Presencia-Ausencia.

Sé sólo de 2 estudios en los cuales se han probado medidas basadas en algún aspecto de la dificultad en el cruzamiento.

En ambos estudios (Clawson, 1959, y Story, 1960), los resultados han mostrado algún sustento para la afirmación de que el factor es significativo, pero su significado más preciso espera todavía una investigación más completa.

14. *Dificultad en la curvatura* *

Definición: Se refiere a *cualquier cambio* obvio en la naturaleza de las curvas en las figuras 4, 5, y 6. Tales cambios ocurren cuando (a) hay un aumento o una disminución en la amplitud de la curva; (b) la curva está reemplazada por líneas rectas u oblicuas; (c) la curva está achatada; (d) la curva está hecha muy irregularmente; (e) el número de puntos en las figuras 4 y 6 está aumentado o disminuido.

El puntaje bruto está dado por el número total de figuras en las cuales ocurren tales cambios.

SEVERA: El puntaje bruto es 3 (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

MODERADA: El puntaje bruto es 2 (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

LEVE: El puntaje bruto es 1 (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

AUSENTE: El puntaje bruto es 0 (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0).

Interpretación: Nuestros propios hallazgos clínicos y estadísticos, indican que este factor es un indicador altamente sensible de perturbación emocional; se piensa que el aumento de la curvatura es indicador de incremento o de hiperactividad en las respuestas, en la emocionalidad, mientras que la disminución tiene un significado opuesto. Pacientes emocionalmente lábiles tienden a producir un aumento de la curvatura, y pacientes depresivos tienden a producir un empequeñecimiento de la curvatura. La irregularidad en la producción de la curva está asociada con conducta emocional irregular y, en muchos casos, sobre todo si está asociada con empequeñecimiento de la curvatura, hostilidad extravertida. En este factor, como en todos los demás, no se debe esperar una simple lineal relación entre cambio de la curvatura y cambio de conducta, aunque probablemente sea más esperable en este factor que en los demás. Parece ser una expresión bastante directa de la pauta del sentimiento emocional interno.

Los psicólogos se interesan hace mucho en las manifestaciones corporales y de conducta de la experiencia emocional. Se encontró que la línea de movimiento, especialmente como se representa en el dibujo de las curvas, se relaciona muy bien con este aspecto de la personalidad (Wolff, 1943; Allport, 1937). Con respecto a las reproducciones Bender, los cambios en la curvatura parecen reflejar, bastante claramente, cambios en la expresión emocional. En dos estudios separados que involucraban los métodos análisis factorial con pacientes psiquiátricos, Guertin encontró que la tendencia hacia lo que se llama movimientos curvilíneos se relacionaba con "mal control emocional" (1952), y que la distorsión curvilínea se vinculaba con la impulsividad (1954). Byrd encontró (1956) que la dificultad en la curvatura diferenciaba niños bien ajustados de niños "pobremente ajustados" a todos los niveles desde los 8 a los 15 años. Y Clawson (1959) encontró similarmente que los "niños en tratamiento dibujaban la línea curva de las figuras fuera de proporción", y que "la desviación

tendía a un aumento de la curvatura". La frecuencia de ocurrencia, en su muestra, no permitió una adecuada prueba de significación de la dirección del cambio en relación a manifestaciones específicas de la personalidad. Story descubrió (1960) que la naturaleza del cambio en la curvatura reflejaba sensiblemente tales manifestaciones de la personalidad en alcohólicos. Finalmente, en un subgrupo de mi población experimental de neuróticos (N = 12). encontré que el aumento de la curvatura estaba relacionado significativamente con emocionalidad aumentada, mientras que en otro subgrupo (N = 15), el empequeñecimiento de la curvatura estaba relacionado significativamente con una emocionalidad disminuida. En ambos subgrupos eran posibles juicios clínicos independientes concernientes al criterio de emocionalidad, y los cambios en la curvatura se computaron por medio de una escala de valores extraídos de la Escala de Psicopatología.

15. *Cambio en angulación* * †

Definición: Se refiere a un aumento o disminución, *de 15 grados o más*, de la angulación en las figuras estímulo 2, 3, 4, 5, 6 y 7. En la figura 2, el criterio es un cambio de 15 grados o más en el ángulo que las columnas forman con las hileras horizontales. En la figura 3, el criterio es un cambio en el ángulo formado por las columnas de puntos. En la figura 4, el criterio es el ángulo de la curva en relación al cuadrado abierto. En la figura 5 el criterio es el ángulo de los puntos externos en relación a una línea horizontal imaginaria. En la figura 6, el criterio es el ángulo que forman las dos curvas al cruzarse, y en la figura 7 el criterio es el ángulo de intersección de las dos figuras.

El puntaje está dado por el número de figuras en las cuales se presenta el grado de cambio definido:

CINCO FIGURAS: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)
CUATRO FIGURAS: (Valor en la Escala de Psicopatología = 8.0)
TRES FIGURAS: (Valor en la Escala de Psicopatología = 6.0)
DOS FIGURAS: (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

UNA FIGURA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 2.0)

NINGUNA FIGURA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0).

Interpretación: Nuestra principal hipótesis es que los cambios significativos en el grado de angulación reflejan dificultad para enfrentarse con estímulos afectivos que a su vez se relacionan con problemas en el control de la afectividad y los impulsos. *Un aumento en la angulación*, con lo cual queremos decir un cambio hacia la rectangularidad, está relacionado con *disminución en la afectividad*, mientras que la *disminución en la angulación*, con lo cual entendemos un cambio que tiende hacia la formación de un ángulo agudo, se relaciona con un aumento en la afectividad. Hemos también sugerido que una inadecuación en reproducir los ángulos se asocia frecuentemente con lesión orgánica cerebral, y puede estar relacionada también con retardo mental. La última hipótesis está claramente relacionada con la correlación entre los factores de desarrollo e intelectuales y la capacidad para reproducir los ángulos. La presencia de dificultad para la angulación en pacientes orgánicos parece empero mucho más atribuible a dificultades con las figuras y a perturbaciones primarias en la percepción que a factores intelectuales. Hay pruebas substanciales de que este factor es útil para diferenciar individuos bien ajustados de individuos pobremente ajustados. Estos hallazgos podían haber sido anticipados, ya que el último grupo parece tener grandes problemas con el control de impulsos en el manejo de la afectividad. Una prueba específica de que los alcohólicos, que tienden a suprimir afectos y tienen problemas para manejarlos, habían de desempeñarse negativamente en este factor en comparación con los no-alcohólicos, fue hecha por Story, 1960. Una medida de cambio en la angulación era un cambio en la angulación de las columnas de círculos en la figura 2 hacia la posición vertical y aun por una inversión de la oblicuidad de las columnas. La otra medida consistía en la rotación del hexágono vertical de la figura 7. En la primera medida, el nivel de diferencia estadística era .01, pero llegó a .05 en el último, siendo ambos hallazgos coherentes con mi hipótesis. Byrd encontró (1956) que, excepto para el grupo de 8-9 años, los niños que necesitaban psicoterapia rendían menos que los niños bien adaptados. Es interesante notar que los datos de Byrd indican que desde una edad de 10 años hasta los 15, las frecuencias rela-

tivas de cambios en angulación permanecen más o menos constantes, sugiriendo que la edad no es un factor significativo por encima de los 9 años. Clawson encontró (1959) un grado de significación aún mayor en la diferencia entre escolares y niños internados en una clínica, siendo el nivel de significación .001. El hecho de que en ambos estudios algunos niños que estaban en los grupos "buenos" mostraban dificultad en la angulación puede indicar que algunos de esos niños tenían también problemas emocionales o que la medida por sí misma es insuficiente para diferenciar tales grupos. En nuestros propios grupos experimentales de neuróticos y de estudiantes de *college* (N 80 en cada grupo), la significación de la diferencia en el puntaje de angulación estuvo sobre .001. Se hizo una prueba separada sobre 14 individuos del grupo neurótico, que estaban calificados clínicamente como sobre-afectivos o débiles en afecto. Su puntaje combinado de angulación fue 6.7, mientras que el del grupo de estudiantes secundarios fue 1.9, siendo la diferencia significativa al nivel .001. No se hizo ninguna prueba de las diferencias entre angulación aumentada o disminuida.

Tres estudios relativamente recientes aportan datos sobre la eficacia de este factor para diferenciar enfermos orgánicos de no orgánicos. En el estudio de Mosher y Smith (1965), se vio que la angulación y el cambio de la inclinación, ambos medidos con el criterio sugerido por Peek y Quast (Peek y Quast, 1951) diferenciaban enfermos orgánicos de no-orgánicos al nivel .01. Hain (1964) desarrolló un puntaje para identificar lesión cerebral, en el que se conservaron 15 signos Bender después del análisis de los items, y en la medida final para daño cerebral se retuvo la dificultad con ángulos agudos y se le dio un valor de 3; teniendo sólo otros tres signos el más alto valor de 4. El puntaje total diferenciaba a enfermos orgánicos, pacientes psiquiátricos y grupo control. Y Wiener (1966) encontró que la dificultad en angulación discriminaba significativamente un mínimo déficit neurológico entre los 8 y los 10 años.

FACTORES RELACIONADOS CON DISTORSIÓN DE LA GESTALT

Los siguientes siete factores se consideran indicadores de severa psicopatología. Aunque su presencia es atribuible, a veces, a otros factores y no a patología, su aparición en un protocolo de-

be hacer sospechar una severa perturbación. Debemos esperar que su ocurrencia sea solamente ocasional en neuróticos, y significativamente más frecuente en grupos psicóticos y orgánicos. Pueden darse, sin embargo, como consecuencia de un trauma severo, pero no lo debemos esperar en tales casos después de la recuperación de los efectos inmediatos del trauma. Las distorsiones representan típicamente la pérdida de algún aspecto del control del ego y se deben, por lo tanto, considerar serias.

16. *Rotación perceptiva* * †

Definición: Se refiere a la reproducción de la figura del test con una rotación del eje mayor, en tanto que la tarjeta estímulo y la hoja del test están en su posición normal y standard. Este factor se llama "rotación perceptiva" para distinguirlo del factor 7, "cambio en la posición de la hoja". Este factor no se computa si se rota sólo un segmento de la figura (como cuando hay un cambio en la posición de la línea externa en la figura 5). Similarmente, el cambio en sólo alguna de las columnas de la figura 2 no se computa como rotación. Como puntaje se computa el más alto obtenido.

ROTACIÓN SEVERA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0) Rotación de 80 a 180 grados en cualquier figura.

ROTACIÓN MODERADA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0) Rotación de 15 a 79 grados en cualquier figura.

ROTACIÓN LEVE: (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0) Rotación de 5 a 14 grados en cualquier figura.

NINGUNA ROTACIÓN: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0) Ninguna rotación mayor de 4 grados en cualquier figura.

Interpretación: Al evaluar el posible significado de rotaciones perceptivas se considerará tanto el grado de rotación como la frecuencia con que aparece. Aunque nosotros no asignamos puntaje para la frecuencia de rotación en nuestra Escala de Psicopatología (por razones empíricas relacionadas con la escala) la interpretación clínica será más significativa cuando se considera también este factor. Se debe señalar también que la rotación es un

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

producto final de la conducta y que muchos factores pueden contribuir para que ella ocurra; ej.: edad, inteligencia, naturaleza del estímulo, grado de coincidencia entre los ejes de la figura del test y la hoja del test, y el tipo de patología. Lo que esto significa realmente es que tales factores se deben tener en cuenta al evaluar la posible significación de la rotación como indicadora de psicopatía. Pero por supuesto, tales consideraciones son importantes en toda evaluación psicológica individual.

La rotación perceptiva severa suele indicar una profunda perturbación en el funcionamiento del ego, a menos que se pueda atribuir a algún otro factor claramente definido. En nuestra anterior publicación afirmamos: "...se encuentra mucho más frecuentemente en protocolo de individuos psicóticos, que tienen patología intracraneal, o que son mentalmente defectuosos" (Hutt y Briskin, 1960). Comentando este trabajo, Tolor y Schulberg (1963) dicen "...la multiplicidad de interpretaciones diagnósticas asignadas a alguno de los factores del test disminuyen claramente su valor para hacer diagnósticos específicos y ... algún tipo de deterioro del ego representa el único denominador común..." Tal afirmación no está justificada, pues la conducta humana y los tests de conducta humana son complejos, y brindar una perspectiva simplificada de tales fenómenos es proporcionar un panorama algo ingenuo de la ciencia de la Psicología.

El hecho es que diversos grupos muestran frecuencias relativamente altas en rotaciones, pero parece haber un mismo elemento común debajo de ello: una perturbación o inadecuación en algún aspecto de las funciones del ego. Por ejemplo, Fuller y Chaguon encontraron (1962) que, cuando ellos las midieron, hubo diferencias significativas entre las frecuencias de rotaciones de niños normales (1.90) y niños emocionalmente perturbados (15.00) y esquizofrénicos (24.62). Griffith y Taylor (1960) encontraron una cantidad significativamente mayor de rotaciones en pacientes orgánicos que en pacientes no-orgánicos y también establecieron el siguiente porcentaje de frecuencia de rotaciones (definidas como un desplazamiento angular de 45 grados o más): defectuosos mentales, 55,9 %; orgánicos, 40,9; esquizofrénicos, neuróticos, orgánicos, "otros" y desorden de carácter, 22.8 por ciento. En un estudio posterior (1961) informaron sobre la frecuencia de las rotaciones. Hallazgos como éstos parecen indicar que la frecuencia de las rotaciones tiene una compleja relación con el tipo y severidad de

psicopatología y que el bajo nivel de inteligencia puede generar un número inusual de rotaciones. Pero si se está analizando un protocolo individual en el cual el nivel de inteligencia está por lo menos en el nivel promedio, y se nota severidad y frecuencia de dificultad de rotación, se puede sospechar psicopatología y se pueden usar otros factores del test (así como factores clínicos) para dilucidar el significado específico de los fenómenos.

Un número considerable de trabajos de investigación se ha dedicado al problema de las rotaciones, algunos de los cuales se han resumido en el capítulo 2. En un análisis de la significación de las rotaciones en relación al EEG de niños, Chorost, Spivak y Levine extrajeron la conclusión (1952) de que, dejando de lado problemas de evaluación en tales poblaciones, era más probable que los niños que producían rotaciones tuvieran un EEG más normal que niños que no producían tales rotaciones. Hanvik y Anderson (1950) habían encontrado que, comparados con un grupo control, los enfermos orgánicos producían más frecuentes rotaciones. Además, Mark y Morroev encontraron (1955) que los orgánicos hacían significativamente más rotaciones que un grupo comparativo psiquiátricos no-orgánico. El esquema de punteo de Hain (1964) da el más alto valor a las rotaciones como un elemento de su puntaje para identificar daño cerebral.

En trabajos con niños, nos gustaría citar otra vez los estudios hechos por Byrd (1956) y Clawson (1959). El primero encontró que el factor de rotación diferenciaba significativamente niños bien ajustados de niños que necesitaban psicoterapia en todos los niveles de edad, desde los 8 años hasta los 15, siendo solamente una la incidencia de rotaciones en el grupo de más edad (en una población de 50) de niños bien ajustados de 14 a 15 años. El estudio de Clawson encontró que cuando se computaba la rotación, cualquiera fuera el grado de ésta, era igual a 15 grados o más; esto diferenciaba la población escolar de la población clínica al nivel .001 de significación. Sorpresivamente "los niños de la escuela y de la clínica hacían más o menos la misma cantidad de rotaciones (90 a 180)". Una posible explicación para este hallazgo es que rotaciones amplias en niños frecuentemente eran más indicadores de tendencias oposicionales que de severidad de patología. Mis propios datos con adultos no sustentan la hipótesis de que grados más amplios de rotación son menos significativos

desde el punto de vista del diagnóstico. Usando mi escala reformada para medir rotación, nosotros encontramos lo siguiente: un puntaje medio de 7.9 entre 95 casos orgánicos heterogéneos, un puntaje medio de 7.2 entre 100 casos heterogéneos de esquizofrenia; un puntaje medio de 4.3 entre 80 casos neuróticos y un puntaje medio de 1.5 entre los 80 casos de estudiantes de *college*. Las pruebas chi cuadrado para determinar las diferencias entre los grupos indicaron que la única diferencia intergrupal que no alcanzaba el nivel de probabilidad de .01 estaba entre enfermos orgánicos y esquizofrénicos.

Mi experiencia clínica sugiere que grados leves de rotación en el sentido de las agujas del reloj se asocian frecuentemente con reacciones depresivas. Rotaciones en sentido contrario a las agujas del reloj, especialmente pero no necesariamente leves en grado, indican tendencias oposicionales. Story (1960), probando la hipósis de que grados leves de rotación en sentido opuesto a las agujas del reloj indicaban tendencias oposicionales, y usando solamente rotaciones en la figura 7, en la cual el grado de rotación estaba en el rango de los 5 a los 20 grados encontró que esta medida diferenciaba alcohólicos de no-alcohólicos al nivel .05 de significación.

Una importante característica del fenómeno de rotación concierne al grado de reconocimiento, por parte del paciente, de su error rotacional. En general, hay pruebas clínicas y experimentales que sugieren que el no reconocimiento, por parte del paciente, de su rotación, indica dificultades de transición en el área perceptiva. Los esquizofrénicos regresivos y orgánicos usualmente no se dan cuenta de que sus reproducciones muestran rotación. Así, cuando ocurre rotación, se debe chequear el protocolo en la Fase de Elaboración para buscar rotaciones similares, y probar el grado de reconocimiento del proceso durante la fase de Probando-los-límites.

Otra importante prueba en relación a rotaciones (que hemos sugerido en 1960) es la capacidad de corregir las rotaciones cuando son señaladas por el examinador. Cuando el individuo es incapaz de hacer una reproducción correcta, no rotada, o no lo hace fácilmente, aun cuando se le pide "que corrija su dibujo para que parezca exactamente como el de la tarjeta", hay una prueba confirmatoria de la probabilidad de una condición orgánica, o de una condición psicótica severamente regresiva. Una reciente prueba

de esta hipótesis fue hecha por Smith y Martin (1967). Compararon un grupo de pacientes con deterioro neurológico, con un grupo de 25 pacientes sin deterioro neurológico. El grupo neurológico hizo un número de rotaciones significativamente mayor, y requería un número significativamente mayor de indicaciones para corregir las rotaciones. Dedujeron, pues, que la habilidad para corregir rotaciones es un índice más discriminativo de deterioro neurológico que la frecuencia de rotaciones.

En el trabajo clínico, el clínico ha de hacer uso de todos los factores que nosotros hemos discutido para evaluar el significado de las rotaciones: grado de rotación, frecuencia de rotación, reconocimiento de la ocurrencia de la rotación en cuanto al contexto en el cual ocurre. Y, por supuesto, el nivel de desarrollo y el nivel intelectual condicionarán la interpretación del significado de la rotación.

17. *Retrogresión* *

Definición: Se refiere a la sustitución de una forma guestáltica más madura de la figura estímulo por una forma más primitiva. Las formas más comunes de retrogresión son: sustitución de rizos impulsivos por círculos razonablemente bien hechos (como en la figura 2), sustitución de tildes por puntos (como en las figuras 1, 3, y 5) y la sustitución de puntos por círculos (como en la figura 2)

El criterio para computar fenómenos tales como la retrogresión es que se produzcan *dos veces por lo menos en cualquier figura.*

El valor de la Escala de Psicopatología entonces depende del número de veces que se encuentra este criterio de retrogresión.

RETROGRESIÓN SEVERA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0). Presente en más de 2 figuras.

RETROGRESIÓN MODERADA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0). Presente en 2 figuras.

RETROGRESIÓN LEVE: (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0). Presente en 1 figura.

NINGUNA RETROGRESIÓN: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0). Ninguna regresión, como dice la definición, ocurre en ninguna figura.

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

Interpretación: Hablando estrictamente, se debe diferenciar la retrogresión de la inmadurez del desarrollo en la esfera percepto-motriz, porque por este término nosotros designamos alguna forma de regresión a un antiguo modo de conducta, más que simplemente una inadecuación presente. En la evaluación clínica de retrogresión en este test debemos considerar si hay alguna prueba de niveles más altos de funcionamiento y solamente cuando ocurran tales discrepancias debemos considerar al fenómeno como una muestra de retrogresión.

Nuestra hipótesis general es que la retrogresión ocurre bajo condiciones relativamente severas y crónicas de defensa contra traumas y es indicadora de algún grado de falla en el funcionamiento e integración del ego.

No debemos esperar que *algunos tipos de esquizofrénicos* adultos manifiesten este fenómeno. Tales tipos de esquizofrénicos se caracterizan por una desorganización de la personalidad y por una inadecuada compensación para un conflicto crónico. Sin embargo, se debe esperar que neuróticos con intensa ansiedad y defensas ineficaces lo muestren. El problema para evaluar la retrogresión en niños es mucho más complicado porque los factores de desarrollo intervienen mucho más significativamente en el desempeño en el test, sobre todo cuando el nivel de edad es inferior a los 9 años. Se debe señalar también que las partes del test en las cuales aparece la retrogresión pueden tener considerable significación: Si es en la *Fase de Copia* o en la *Fase de Elaboración*, si ocurre en figuras difíciles o fáciles, si ocurre en dibujos "abiertos" o "cerrados". La posible significación de estas asociaciones requiere análisis clínico, como hemos indicado en capítulos previos, y como lo ilustramos con material ejemplificativo en una parte posterior de este libro.

Varios investigadores han estudiado la retrogresión (o regresión) en los protocolos Bender. Es difícil integrar el significado de sus hallazgos porque han utilizado definiciones completamente diferentes de retrogresión y porque eligieron criterios completamente variables de sospecha de regresión en la conducta. Sin embargo nuestros análisis de estos hallazgos sugieren que, generalmente, ellos consideran que la retrogresión es indicadora de alguna perturbación seria del funcionamiento. No hay indicios de si esto es el resultado de regresión en el sentido usual, o si es alguna forma de mal funcionamiento. Así, por ejemplo, Suttell y

Pascal (1952) compararon el desempeño de esquizofrénicos con el de niños neuróticos y normales. Usaron items propios para su esquema de punteo (basado, en parte, en sugestiones previas de Hutt) y llegaron a la conclusión de que la interrupción de respuestas aprendidas o reguladoras algunas veces tiene que ver con el fenómeno "regresivo" y otras veces el factor importante es la maduración. En este estudio, esquizofrénicos y neuróticos no se pueden diferenciar claramente. Sospechamos que sus criterios de regresión incidieron en estos resultados ambivalentes. Por otra parte, estudios de Guertin (1954, 1955) indican que al menos en el caso de los que se denominan hebefrénicos desorganizados, los fenómenos retrogresivos ocurren significativamente más frecuentemente que en otras "formas" de esquizofrenia. Clawson (1959) usando 5 criterios Bender de regresión similares al nuestro encontró que 33 (de 80) escolares y 57 (de 80) niños de una clínica, cuya edad variaba de 7 a 12 años, mostraban este fenómeno; y la diferencia en frecuencia fue significativa al nivel .001. Concluyó que "los llamados signos regresivos... son prueba de retraso en la maduración más que vuelta a antiguos modos de conducta" aunque es difícil saber sobre qué base llega a esta conclusión. Sin embargo, es interesante notar que como nosotros piensa que "...el juicio de regresión es justificable sólo si hay prueba de formas más maduras... en el protocolo".

Nuestros propios datos de investigación, utilizados en la construcción de la Escala de Psicopatología, indican que nuestra medida de retrogresión contribuye a la diferenciación de grupos con psicopatología más grave de aquellos con psicopatologías más leyes. Aunque reconocemos que el puntaje tiene algún valor, nos impresiona aún más el análisis cualitativo y clínico de este factor.

18. *Simplificación* * †

Definición: Se refiere a la reproducción del estímulo como una figura más simple o que es más simple para dibujar. Los siguientes son ejemplos de simplificación: dibujar las dos partes de la figura A como no contigua, disminuir por lo menos en 3 el nú-

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

Interpretación: Hablando estrictamente, se debe diferenciar la retrogresión de la inmadurez del desarrollo en la esfera percepto-motriz, porque por este término nosotros designamos alguna forma de regresión a un antiguo modo de conducta, más que simplemente una inadecuación presente. En la evaluación clínica de retrogresión en este test debemos considerar si hay alguna prueba de niveles más altos de funcionamiento y solamente cuando ocurran tales discrepancias debemos considerar al fenómeno como una muestra de retrogresión.

Nuestra hipótesis general es que la retrogresión ocurre bajo condiciones relativamente severas y crónicas de defensa contra traumas y es indicadora de algún grado de falla en el funcionamiento e integración del ego.

No debemos esperar que *algunos tipos de esquizofrénicos* adultos manifiesten este fenómeno. Tales tipos de esquizofrénicos se caracterizan por una desorganización de la personalidad y por una inadecuada compensación para un conflicto crónico. Sin embargo, se debe esperar que neuróticos con intensa ansiedad y defensas ineficaces lo muestren. El problema para evaluar la retrogresión en niños es mucho más complicado porque los factores de desarrollo intervienen mucho más significativamente en el desempeño en el test, sobre todo cuando el nivel de edad es inferior a los 9 años. Se debe señalar también que las partes del test en las cuales aparece la retrogresión pueden tener considerable significación: Si es en la *Fase de Copia* o en la *Fase de Elaboración*, si ocurre en figuras difíciles o fáciles, si ocurre en dibujos "abiertos" o "cerrados". La posible significación de estas asociaciones requiere análisis clínico, como hemos indicado en capítulos previos, y como lo ilustramos con material ejemplificativo en una parte posterior de este libro.

Varios investigadores han estudiado la retrogresión (o regresión) en los protocolos Bender. Es difícil integrar el significado de sus hallazgos porque han utilizado definiciones completamente diferentes de retrogresión y porque eligieron criterios completamente variables de sospecha de regresión en la conducta. Sin embargo nuestros análisis de estos hallazgos sugieren que, generalmente, ellos consideran que la retrogresión es indicadora de alguna perturbación seria del funcionamiento. No hay indicios de si esto es el resultado de regresión en el sentido usual, o si es alguna forma de mal funcionamiento. Así, por ejemplo, Suttell y

Pascal (1952) compararon el desempeño de esquizofrénicos con el de niños neuróticos y normales. Usaron items propios para su esquema de punteo (basado, en parte, en sugestiones previas de Hutt) y llegaron a la conclusión de que la interrupción de respuestas aprendidas o reguladoras algunas veces tiene que ver con el fenómeno "regresivo" y otras veces el factor importante es la maduración. En este estudio, esquizofrénicos y neuróticos no se pueden diferenciar claramente. Sospechamos que sus criterios de regresión incidieron en estos resultados ambivalentes. Por otra parte, estudios de Guertin (1954, 1955) indican que al menos en el caso de los que se denominan hebefrénicos desorganizados, los fenómenos retrogresivos ocurren significativamente más frecuentemente que en otras "formas" de esquizofrenia. Clawson (1959) usando 5 criterios Bender de regresión similares al nuestro encontró que 33 (de 80) escolares y 57 (de 80) niños de una clínica, cuya edad variaba de 7 a 12 años, mostraban este fenómeno; y la diferencia en frecuencia fue significativa al nivel .001. Concluyó que "los llamados signos regresivos... son prueba de retraso en la maduración más que vuelta a antiguos modos de conducta" aunque es difícil saber sobre qué base llega a esta conclusión. Sin embargo, es interesante notar que como nosotros piensa que "...el juicio de regresión es justificable sólo si hay prueba de formas más maduras... en el protocolo".

Nuestros propios datos de investigación, utilizados en la construcción de la Escala de Psicopatología, indican que nuestra medida de retrogresión contribuye a la diferenciación de grupos con psicopatología más grave de aquellos con psicopatologías más leves. Aunque reconocemos que el puntaje tiene algún valor, nos impresiona aún más el análisis cualitativo y clínico de este factor.

18. *Simplificación* * †

Definición: Se refiere a la reproducción del estímulo como una figura más simple o que es más simple para dibujar. Los siguientes son ejemplos de simplificación: dibujar las dos partes de la figura A como no contigua, disminuir por lo menos en 3 el nú-

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

mero de elementos del estímulo en las figuras 1, 2, 3 y 5, reducir el número de curvas en la figura 6, reproducir las partes de las figuras 7 y 8 como rectángulos o elipses. La simplificación *no se computa* cuando se advierte fragmentación o regresión.

SEVERA: Presente en más de 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADA: Presente en 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

LEVE: Presente en 1 figura solamente. (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Al nivel psicológico, la *simplificación* parece representar una baja en la catectización de objetos externos o tareas, o en términos más conductistas, representa un intento para reducir el gasto de energía requerido para completar una tarea o para enfrentar una situación. Aunque a veces ocurre como resultado de una deliberada disminución del esfuerzo por parte del examinado, primariamente relacionado con tendencias oposicionales o una necesidad de fingir enfermedad, parece estar relacionada usualmente con dificultades en el control de los impulsos y en las funciones ejecutivas del ego. La simplificación no refleja necesariamente una perturbación profunda en las funciones del ego, pero puede presentarse como una derivación de tal perturbación. Por lo tanto uno espera encontrarla en casos orgánicos y se asocia frecuentemente con sentimientos de impotencia en tales casos. Cuando en el test aparecen otros indicios de perturbaciones profundas del ego, la presencia de simplificación se puede ver entonces como una prueba confirmatoria de tal perturbación.

Llama la atención el escaso empleo de los datos de investigación para evaluar este factor, sea por no asignar importancia a este fenómeno aparentemente simple o por falta de claridad sobre su significado y definición. Mis propias hipótesis concernientes a ello se extrajeron, en primer lugar, de observaciones clínicas de la relación de este factor con otras manifestaciones de la personalidad. Más tarde se reunió alguna prueba estadística. Por ejemplo, este factor soportó las pruebas de evaluación de items en la construcción de la Escala de Psicopatología y de la Escala de Presencia-Ausencia. Más específicamente, encontramos

las siguientes frecuencias de ocurrencia de algún grado de simplificación en nuestras poblaciones experimentales: un caso entre 80 estudiantes secundarios, 6 casos entre 80 neuróticos, 8 casos entre 100 esquizofrénicos, y 13 casos entre 95 orgánicos. Así, hay una diferencia significativa entre la ocurrencia de este fenómeno tanto en orgánicos y en esquizofrénicos como entre "normales". Sin embargo, la simplificación no ocurre con alta frecuencia en ningún subgrupo; así por ende, aunque contribuye al significado de un puntaje total en psicopatología, no constituye por sí misma un diferenciador confiable y, como hemos señalado, la evaluación clínica del fenómeno, junto con otros fenómenos relacionados, puede reforzar su importancia en un protocolo dado.

En dos estudios de análisis factorial de Guertin (1952, 1964) hay alguna prueba que está relacionada con la significación del factor que nosotros hemos definido como simplificación. Los datos indican que la "ejecución descuidada" (la cual es medida por factores relacionados al nuestro) es un factor que se encuentra en los protocolos Bender de esquizofrénicos crónicos, y que "errores" (relacionados también con la simplificación) son frecuentes, máxime en los grupos crónicos indiferenciados.

19. *Fragmentación* * †

Definición: Se refiere a la esencial destrucción de la *Gestalt*. Se puede manifestar en muchas formas. Las más comunes son a) la reproducción está inconclusa o incompleta b) la forma está dibujada como si estuviera compuesta de partes separadas, es decir las partes están toscamente separadas, de modo que la *Gestalt* se pierde.

SEVERA: Presente en más de 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADA: Presente en 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

LEVE: Presente en 1 figura solamente. (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

Interpretación: La fragmentación representa una severa perturbación en el funcionamiento percepto-motriz y parece estar asociada a la disminución en las capacidades para la abstracción y la síntesis.

Se debe esperar, por lo tanto, que ocurra en diversos tipos de patología en las que el individuo sufre daño en estas funciones. Aunque su frecuencia absoluta de ocurrencia no es muy grande en la población clínica total, como se ha demostrado en muchos estudios de neuróticos, psicóticos e individuos con daño cerebral, su aparición en un protocolo dado es altamente significativa de profundo deterioro. Varios investigadores han definido y medido de muchos modos este tipo de distorsión, así que los resultados no son comparables directamente. Sin embargo, lo que Peek y Quast llaman "distorsión mayor" (1951), lo que Pascal y Suttell llamaban "distorsión" y "parte perdida del dibujo" (1951), lo que Hain llama "distorsión" (1964), están estrechamente relacionados con nuestro factor. Casi invariablemente, en estos y otros estudios se demuestra que este factor tiene un alto poder de diferenciación entre psicóticos y normales y entre orgánicos y no-orgánicos, y se le da, por lo tanto, un considerable valor en los puntajes que miden presumiblemente la severidad de la psicopatología. Mi propio análisis de este factor en la construcción de la Escala de Psicopatología también lleva a su inclusión en esta escala. Un ejemplo de su eficacia puede ser suficiente: una comparación de puntajes promedio en Fragmentación del grupo neurótico con el grupo psicótico heterogéneo mostraba un puntaje de 1.1 para el primero y 7.2 para el segundo, siendo la diferencia significativa al nivel .001.

La fragmentación se da raramente en los protocolos de niños pequeños. Por ejemplo, en un estudio de 400 casos cuyas edades oscilaban entre 8 y 15 años, sólo se observaron 8 casos de fragmentación (Byrd, 1956). Podría suponerse que por debajo del nivel de los 10 años tiene un significado enteramente diferente del que adquiere por encima de este nivel, y que podría estar relacionado con factores evolutivos y no con psicopatología. Sin embargo, un análisis cualitativo de este factor puede ser hecho aun en los casos de niños pequeños.

20. *Dificultad de superposición* *

Definición: Se refiere a los tipos específicos de dificultad con la superposición (figura 7) y figuras contiguas (A y 4). El tipo de dificultad que cuenta como dificultad de superposición incluye: a) grosera superposición donde no existe en el estímulo de las figuras A y 4); b) incapacidad de reproducir una porción de la superposición (en 7; c) simplificación o distorsión de porciones de cualquiera de las dos figuras en el punto de la superposición (en 7).

SEVERA: Dificultad de superposición en más de 1 figura. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADA: Dificultad en 1 figura. (Valor en la Escala de Psicopatología = 5 5)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Nuestra definición presente de este factor se desvía considerablemente de definiciones previas que hemos ofrecido y se distingue más claramente de Dificultad en el Cierre, por un lado, y Simplificación y Fragmentación, por el otro.

Nuestra experiencia había sugerido que esta dificultad estaba más estrechamente asociada con algunos tipos de daño cerebral difuso y que este factor era extremadamente sensible a dicho daño. El trabajo hecho por Hain (1964) y por Mosher y Smith (1965) parece sustentar esta afirmación. No tenemos todavía pruebas adecuadas de la hipótesis, y probablemente las pruebas adecuadas deberían involucrar una muestra mayor que la que ofrece el material de la AHTGB. Sin embargo, no tenemos pruebas convincentes del poder de este factor para distinguir el grupo orgánico, en general, del grupo no-orgánico (con N de 95 a 180, respectivamente) en nuestra población experimental. El primer grupo alcanzó un puntaje promedio de 5.6, mientras que el segundo grupo alcanzó un puntaje promedio de 1.3 siendo la diferencia significativa al nivel .01. Con dichos grupos heterogéneos, que tenderían a atenuar la significación de la diferencia, tales resultados son prometedores.

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

21. *Elaboración o gabarateo* * †

Definición: Se refiere al garabateo o elaboración en la reproducción en la cual la forma está marcadamente cambiada. La elaboración puede incluir el agregado de puntos u ondulaciones o el agregado de líneas o curvas que cambian la Gestalt. Este factor se debe diferenciar del factor 22, Perseveración.

SEVERA: Presente en más de 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADA: Presente en 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

LEVE: Presente en 1 figura solamente. (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Cualquiera que haya tenido ocasión de examinar los protocolos de la AHTGB de pacientes agitados debe haber notado la presencia de este fenómeno. Parece estar asociado con problemas en el control de los impulsos y con una ansiedad abierta. Sin embargo debemos también señalar que hemos notado su presencia en los protocolos de algunos individuos mentalmente retardados, así como en algunos enfermos orgánicos. Por lo tanto, sospechamos que el fenómeno es el complejo e indirecto producto final de un número de procesos intervinientes. Yo nunca he observado este fenómeno en individuos bien ajustados ni en los protocolos de neuróticos compulsivos. Debemos, sin embargo, tener cuidado al distinguir garabateo y elaboración, como se han definido, de embellecimientos ocasionales de figuras *que no distorsionan esencialmente la Gestalt*. Cuando el fenómeno involucra la distorsión de la *Gestalt*, es probable que indique alguna perturbación severa del control del ego. Parece que contribuye significativamente a medidas o juicios de psicopatología, pero no todos los tipos de psicopatología la muestran necesariamente. La evaluación del item en relación a la Escala de Psicopatología y a la Escala de Presencia-Ausencia confirmó su papel contribuyente en estas

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.
† Se refiere a items usados en la Escala de Presencia-Ausencia, Capítulo 7.

medidas. Los análisis cualitativos de protocolos clínicos han demostrado también su utilidad clínica.

El método de punteo de Pascal-Suttell (Pascal y Suttell, 1951) contiene un número de ejemplos de puntajes que involucran fenómenos muy similares a los de mi elaboración. El método de punteo desarrollado por Hain, (1964) también contiene un "signo" llamado "embellecimiento agregado", al cual se le da un valor medio en este esquema. En el estudio de Byrd de protocolos de niños (1956) el fenómeno apareció infrecuentemente, pero *no apareció nunca* en 200 protocolos de escolares bien ajustados, sólo apareció en los de niños que necesitaban psicoterapia. El contraste en la frecuencia de ocurrencia en los protocolos de esquizofrénicos adultos es marcado: ocurrió en 34 de los 100 protocolos experimentales de nuestra población de esquizofrénicos.

22. *Perseveración* *

Definición: Se refiere a cualquiera de dos tipos de fenómenos perseverativos: a) perseveración en la cual elementos de un dibujo previo se utilizan en un dibujo sucesivo en el cual ellos no están presentes en la figura estímulo y b) perseveración de los elementos presentes en una figura más allá de los límites exigidos en el estímulo. Un ejemplo de perseveración de tipo (a) es el uso de puntos en vez de círculos en la figura 2, por perseveración de los puntos usados en la figura 1. Un ejemplo de perseveración de tipo (b) es la presencia en la figura 1 de 14 o más puntos en lugar de los 12 presentes en el dibujo estímulo. Otro ejemplo es la presencia de 12 o más columnas de círculos en la figura 2 en lugar de las 10 columnas presentes en el dibujo estímulo. El criterio para computar la presencia de perseveración es la *ocurrencia de 2 o más* de los elementos perseverantes en el caso del tipo (a) o el *agregado de 2 o más elementos* (perseverantes dentro de la misma figura) en el caso tipo (b).

SEVERA: Presente en más de 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

MODERADA: Presente en 2 figuras. (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.0)

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

LEVE: Presente en 1 figura solamente. (Valor en la Escala de Psicopatología = 4.0)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: La perseveración, tal como la definimos, parece representar o una incapacidad para cambiar la disposición (*set*) o rigidez en mantenerla adoptada. En cualquier caso representa un grado marcadamente disminuido de control del ego espontáneo y adaptativo. Está reforzada probablemente por una disminución en las funciones de prueba de la realidad. Nosotros habíamos sospechado originalmente que la perseveración de tipo (b) era más significativa que la de tipo (a) en personas con daño orgánico, pero hallazgos adicionales sugieren que ambos tipos son más o menos igualmente significativos en daño orgánico. Un grado leve de perseveración, sin embargo, tal como el infrecuente agregado de un solo elemento (como agregar un solo punto en la figura 1) probablemente tenga una significación completamente diferente. Puede representar, por ejemplo, algún grado de descuido en la ejecución o algún grado de falta de agudeza para contar, en el caso de niños. Severa perseveración, como se ha definido, es casi siempre patológica en protocolos de adultos y está casi siempre asociada con los protocolos de orgánicos y esquizofrénicos deteriorados. Se debe señalar también que retardos mentales severos de casi todos los tipos frecuentemente manifiestan este fenómeno, como indica mi propio estudio de tales casos (ver capítulo 6).

El fenómeno, aparentemente opuesto, de la *reducción* en el número de elementos dados en los dibujos estímulo, parece representar un tipo de fenómeno completamente diferente, y por lo tanto lo hemos incluido en el factor llamado Simplificación. Pascal y Suttell combinan estos dos fenómenos en un único puntaje (1951) y lo llaman Número de Puntos (o Círculos). Encuentran que este puntaje agrega algún valor a su medida general de psicopatología.

La perseveración se encuentra más frecuentemente en relación con las figuras 1, 2, y 5. Se puede encontrar menos frecuentemente en la figura 3, y todavía menos frecuentemente en la figura 6. La perseveración tipo (a) se encuentra más frecuentemente en la figura 2, quizás porque esta figura está precedida inmediatamente por la figura 1, y en ambas figuras, se le pide al examinado que repita el elemento un mayor número de veces.

Mis propios datos de investigación arrojaron los siguientes puntajes promedio: estudiantes secundarios, 1.04; neuróticos, 1.90; esquizofrénicos, 4.70; orgánicos, 5.97. Las pruebas de la significación de estas diferencias muestran que orgánicos y esquizofrénicos en cuanto grupos son diferenciables de los grupos "normal" y neurótico (nivel .01), y que no hay diferencia significativa entre "normales" y neuróticos, aunque hay una tendencia que indica que el puntaje de los neuróticos es inferior. La observación clínica sugiere que los neuróticos altamente ansiosos tienden a desempeñarse en forma diferente de otros tipos de neuróticos.

Mosher y Smith encontraron que la perseveración de tipo (a) diferenciaba grupos de pacientes orgánicos de grupos de control al nivel .01 de significación (1965). El factor de perseveración, como es medido por Hain, tiene el valor más alto posible en el puntaje que se usó para discriminar entre enfermos orgánicos y grupo control y otros casos psiquiátricos (1964). En 300 casos, cuyas edades oscilaban entre los 10 y 15 años, Byrd encontró (1956) 7 casos que mostraban perseveración (según su medida) en el grupo de psicoterapia, y solamente encontró un caso en el grupo bien adaptado. Obviamente la frecuencia de ocurrencia no es lo suficientemente grande como para hacer que esta medida sea útil en un puntaje para tales grupos. El informó también que en el grupo de 8 a 9 años ocurrían más casos de perseveración (6) en el grupo bien ajustado que en el grupo que necesitaba psicoterapia (1). Aunque la utilidad de este factor está especialmente limitada a niños por debajo de los 10 años de edad, una *Severa perseveración* requiere una seria consideración como un indicador patognómico en nuestro juicio, y se debe evaluar clínicamente cuando ocurre.

23. *Repaso de la figura total* *

Definición: Se refiere a un segundo intento de reproducir una figura cuando un primer intento (que no necesariamente abarca la figura total) se abandona, sin borrarlo ni completarlo o simplemente es tachado. En raras ocasiones se pueden hacer más de dos intentos para reproducir la figura.

* Se refiere a items usados en la Escala de Psicopatología, Capítulo 7.

MUY SEVERA: Presente 4 o más veces. (Valor en la Escala de Psicopatología = 10.0)

SEVERA: Presente 3 veces. (Valor en la Escala de Psicopatología = 7.75)

MODERADA: Presente 2 veces. (Valor en la Escala de Psicopatología = 5.5)

LEVE: Presente 1 vez. (Valor en la Escala de Psicopatología = 3.25)

NINGUNA: (Valor en la Escala de Psicopatología = 1.0)

Interpretación: Se pueden encontrar referencias dispersas en la literatura sobre el Bender, pero es sorprendente que sean tan pocos los esfuerzos de investigación dedicados a este factor. Yo creo que una de dos condiciones generalmente produce Repaso. Una es la ausencia de un adecuado plan anticipado y la otra es una actitud extremadamente autocrítica, combinada, usualmente, con la primera condición. Cuando este fenómeno resulta muy marcado (ocurre más de una vez) es probablemente significativo. Una sola ocurrencia, en el puntaje, puede indicar solamente un alto grado de ansiedad corriente.

Pascal y Suttell (1951) incluyen este item en su puntaje de cada dibujo, dándole un considerable valor. Yo he encontrado que está correlacionado con el grado de severidad de la psicopatología, como indican las siguientes figuras.

Subgrupo	Puntaje promedio
estudiantes de *college*	1.06
neuróticos	1.78
esquizofrénicos	3.90
orgánicos	4.12

Separadamente y combinados, los esquizofrénicos y los orgánicos difieren de los neuróticos y de los "normales" significativamente (p = .01). La diferencia entre esquizofrénicos y orgánicos no es, sin embargo, estadísticamente significativa. La tendencia general de los puntajes promedio sustenta nuestras expectativas *a priori*.

24. *Desviación en la dirección del movimiento*

Definición: Se refiere a la desviación del movimiento de la dirección esperada al dibujar las líneas y curvas en las figuras del test. Las direcciones usuales de los movimientos caen dentro de tres clases: a) contra el sentido de las agujas del reloj (especialmente para figuras "cerradas" como un círculo, exágono y similares), b) de arriba hacia abajo y c) de adentro de la figura hacia afuera. Los examinados que dibujan con la mano izquierda son una excepción posible a estas expectativas.

Interpretación: No hemos incluido éste o alguno de los dos factores siguientes ni en la Escala de Psicopatología ni en la Escala de Presencia-Ausencia. Hay algunos datos de investigación que indican que estos factores pueden tener algún valor, pero la codificación es inadecuada y la frecuencia de ocurrencia hace que el tratamiento estadístico no sea aconsejable por ahora.

Como se comentará en el *Protocolo Revisado*, se le pide al examinador que observe la dirección del movimiento cuando el examinado dibuja cada figura y haga una apropiada anotación de la dirección. La dirección del movimiento, así como los productos finales del dibujo de tal dirección, ha sido estudiada por algunos investigadores: Mira (1939-1940) y Wolff (1943). La significación de la respuesta del movimiento fantaseado ha recibido también evaluación clínica y de investigación (así Klopfer y otros, 1953). Algunos opinan que el movimiento centrífugo, en comparación con el movimiento centrípeto, representa tendencias de la personalidad hacia la seguridad y autonomía, mientras que los movimientos centrípetos indican algún grado de egocentrismo y característica oposicional. Similarmente, la dificultad con el movimiento en el plano vertical parece estar asociada con dificultades interpersonales ante figuras autoritarias, y la dificultad en el plano horizontal puede sugerir una dificultad para mantener relaciones interpersonales adecuadas con los semejantes. Los movimientos en sentido contrario a las agujas del reloj indican adaptaciones normales de la personalidad, mientras que el movimiento en el sentido de las agujas del reloj sugiere tendencias oposicionales pasivas y egocentricidad.

Mis observaciones clínicas sustentan estas hipótesis. Particularmente en el caso de los movimientos contrarios a las agujas del reloj hay una fuerte tendencia a características oposicionales y egocéntricas.

Un estudio hecho por Peek (1953) sugirió que, en una prueba limitada de esta hipótesis general, los pacientes psiquiátricos que dibujaban la diagonal secante de la figura 5 de arriba hacia abajo, y no de la manera más usual, de abajo hacia arriba, tendían a ser más inmaduros, depresivos, y menos adaptados que la población control usada. Peek pensó que se podía interpretar el hecho de trazar la secante "hacia adentro" como indicador de miedo de ser dominado por fuerzas externas. Tal interpretación necesita más investigación.

Clawson informó (1959) que este mismo fenómeno (ella lo llamó "trazado de la espiga hacia adentro" diferenciaba en la dirección esperada (p. = .05) a niños escolares de niños en tratamiento. El 66 por ciento de los niños con buen ajuste dibujó la espiga hacia afuera, cosa que sólo hizo el 30 por ciento de su grupo heterogéneo de niños en tratamiento.

25. *Inconsistencia en la dirección del movimiento*

Definición: Se refiere a cualquier cambio en la "típica" dirección del movimiento previamente establecida. Tales cambios en la dirección se pueden observar usualmente en forma fácil porque se acompañan frecuentemente de otras indicaciones de alguna forma de tensión, tanto en el test como en la conducta.

Interpretación: Los cambios del tipo al que nos estamos refiriendo son usualmente repentinos e inesperados. El examinado ya ha establecido su estilo en reproducciones previas; entonces cambia repentinamente en el próximo dibujo o en parte del dibujo. Tales inconsistencias tienden a indicar, creemos, bloqueo físico, frecuentemente asociado con el significado idosincrásico y simbólico del dibujo hecho por el paciente, y puede ser indicador de continuos intentos de exteriorizar tendencias fuertemente conflictuales en la personalidad. Algunas veces, tal evidencia puede indicar una connotación favorable, porque el paciente está luchando activamente para elaborar una solución más razonable para sus conflictos.

26. *Característica de la línea*

Definición: Se refiere a la característica de las líneas usadas al hacer las reproducciones. Nosotros identificamos 6 tipos principales de líneas con características anormales: a) líneas excesivamente pesadas; b) líneas excesivamente pesadas acompañadas por mala coordinación; c) líneas excesivamente débiles; d) líneas excesivamente débiles acompañadas por mala coordinación; e) mala coordinación; y f) bosquejo. La mala coordinación se manifiesta por irregularidades, desigualdades en la característica de la línea, y línea temblorosa. Hemos usado como regla una definición de *incoordinación* vulgar en la cual las irregularidades en la característica de la línea exceden una dieciséisava parte de una pulgada. El bosquejo se refiere al retoque de una línea, o de una unión. Se debe distinguir del bosquejado artístico que culmina en una reproducción que está bien controlada y bien ejecutada. Más bien el bosquejo, tal como lo hemos definido, se refiere a reproducciones que son inferiores y que algunas veces distorsionan la Gestalt.

Interpretación: Basada primariamente en observaciones clínicas, la característica de la línea pareció ser importante en un gran número de casos de lesión cerebral difusa, mostrando en diversos casos intensa ansiedad, y en algunos casos, altos grados de sentimientos de inadecuación personal. En una publicación previa (Hutt y Briskin, 1960) se ofrecieron hipótesis específicas concernientes a cada uno de los tipos de desviación en la característica de la línea definidos antes. Las hipótesis específicas no han sido extraídas de ninguna investigación sistemática, aunque hay algunas pruebas que las sustentan. Por ejemplo, Mosher y Smith (1965) demostraron que la incoordinación vulgar diferenciaba grupos orgánicos de grupos control al nivel .01 de significación. Una línea pesada discriminaba niños en tratamiento de escolares al nivel .10 de significación (Clawson, 1959). La relativa heterogeneidad de ambos grupos y el poder relativamente bajo de este factor pueden haber reducido la significación de estos resultados. Peek y Quast (1951) han incluido el tono de la característica de la línea en su sistema de punteo, y Pascal y Suttell (1951) dieron un alto valor a un signo que ellos llamaron temblores (finos y vulgares).

Por otro lado, se encontró que el "tono de la línea" no dife-

renciaba entre grupos de individuos agresivos, individuos pasivos, y un grupo control (Taylor y Schenke, 1955). Este hallazgo negativo no es sorprendente en vista de una cuestionable razón para esperar tales diferencias así como a causa de su definición de los tres tipos de grupos.

La inconsistencia en la calidad de la línea puede, quizás, ser más importante que la calidad de la línea en sí misma, porque indica probablemente una perturbación estimulada por reacciones idiosincrásicas a los dibujos específicos.

Los temblores, finos o toscos, sugieren dificultad en el control motor y son indicadores de un alto nivel de ansiedad o de algún problema neurológico. Generalmente las líneas pesadas son una expresión de ansiedad dirigida hacia el exterior, mientras que líneas débiles sugieren ansiedad que está siendo internalizada o cuya expresión está inhibida. El bosquejo es posiblemente indicador de sentimientos de inadecuación con algunos intentos de compensación. Todos estos indicadores deben considerarse sugestivos pero deben llevar a un análisis más intenso de los otros indicadores concurrentes; en las reproducciones del test o en otra conducta clínica. Usados de esta manera, pueden ofrecer importantes caminos para comprender al individuo.

Algunos otros factores

Aunque hemos tratado de incorporar en nuestra presentación de factores aquellos signos del test que han recibido sustentación clínica y de investigación por parte de otros investigadores, nos hemos guiado también por nuestra experiencia clínica, por nuestra propia investigación y por nuestro propio razonamiento para la interpretación del test. Sin duda otros factores además de los que hemos discutido pueden tener gran importancia, y otros más, o nuevas integraciones de factores, pueden finalmente llegar a ser más sensibles como indicadores discriminativos que aquellos que nosotros hemos presentado. Para dar una idea de la cantidad de sugestiones creativas que han sido ofrecidas por otros, la lista que sigue es una muestra de algunos factores que no están incluidos en nuestra propia lista.

Hain encontró (1964) los siguientes factores adicionales importantes en un puntaje total destinado a investigar lesión cere-

bral: "concreción", "unidad de separación de línea", "dificultad en el ángulo agudo" y "ángulos agregados" (todos recibieron alto valor). Además "omisión de elementos" y "ausencia de borraduras" recibieron bajo valor. Pascal y Suttell (1951) incluyeron items como "sobretrabajo", "asimetría" y "líneas guías" en su esquema de punteo, pero se les dio valores relativamente bajos. Guertin (1952) analizó 41 variables del test seleccionadas del trabajo de Billingslea (Billingslea, 1948) y extrajo cinco factores oblicuos: propensión a movimientos curvilíneos, ejecución descuidada, mal contacto con la realidad, construcción, y mala contigüidad espacial. Aunque Clawson (1959) basó sus estudios en los factores sugeridos por Hutt, analizó también algunos aspectos del desempeño a su propio modo. Por ejemplo, computó "escalamiento", "el uso de arcos en lugar de ángulos claramente diseñados" y "borraduras".

Kitay (1951) enfrentó el problema del punteo midiendo desviaciones de tamaño por medio de un gráfico, y Koppitz (1960) cuyo trabajo se vio que era valioso en el análisis de los protocolos Bender de niños más en la evaluación de la madurez que en lo proyectivo, ha ofrecido gran número de innovaciones en su esquema de punteo, originalmente presentado en 1960. Ya que este trabajo es tan fundamentalmente diferente del nuestro, el lector interesado encontrará provechosa la lectura del artículo donde informa sobre su investigación.

CAPÍTULO VI

PRINCIPIOS DE ANALISIS INFERENCIAL Y CONFIGURACIONAL

En este capítulo discutiremos dos tipos de análisis, separados pero complementarios, de la AHTGB. Trataremos primero los problemas del análisis inferencial y luego discutiremos los hallazgos e interpretación del análisis configuracional. Este último se presta más fácilmente al tratamiento estadístico, pues implica que diferentes tipos de configuraciones de signos o factores representan diferentes tipos de cosas y las diferencias entre dos o varios tipos de configuraciones que pueden ser sometidos a pruebas de significación estadística. Todo lo que necesitamos son especificaciones claras de las varias configuraciones y aclarar debidamente los criterios de los diferentes fenómenos que cada configuración supuestamente predice. El primer tipo de análisis puede involucrar una gran cantidad de inferencias sucesivas, que pueden o no ser re-aplicables en diferentes casos, y por lo tanto supone una evaluación más complicada de problemas.

ANÁLISIS INFERENCIAL

El análisis inferencial depende, en primer lugar, de la presencia de fenómenos distintos sobre los que hay muchos datos para ser evaluados. Sin embargo, este tipo de análisis excede al simple establecimiento de una relación correlacional entre cada fenómeno y cada "característica". Este análisis supone, por el contrario, que las producciones sucesivas de una secuencia dada de hechos están determinadas por la interacción de múltiples factores en un lapso dado, por lo cual el producto final del test representa la resultante indiosincrásica de una *constelación dada de hechos*

que actúan en el tiempo. Además, requiere la postulación no de una, sino de varias hipótesis durante el proceso de elaboración de inferencias, hasta que el análisis de hallazgos de secuencia confirme una o alguna de estas hipótesis y simultáneamente rechace otras. Para ilustrar, de modo general, lo que queremos expresar en estas dos últimas frases por "inferencia consecutiva" podemos referirnos, una vez más, como lo hicimos en el capítulo 3, al problema de la pasividad. Suponiendo que nuestros resultados indican, como una hipótesis aceptable, que el paciente en cuestión muestra pasividad. Podemos llegar a esta inferencia sobre la base de evidencias tales como: línea de dibujo suave, reducción de la forma en el plano vertical, aumento de tamaño de las figuras que involucran líneas curvas y dificultad en la intersección de figuras. Presumiendo que la pasividad está presente, nos enfrentamos ahora con preguntas como ¿Es la pasividad una formación reactiva ción contra pronunciados impulsos agresivos? ¿Es la pasividad parte de una orientación femenina por parte del paciente? o ¿Es la pasividad parte de un retiro generalizado de catexias o de otro tipo de retiro? En este punto debemos examinar los mejores datos antes y especialmente después que aparecieron aquellos puntos donde hay fenómenos pasivos. Podemos luego encontrar que el paciente responde sólo a ciertas figuras con una conducta pasiva, y que durante la fase de elaboración del test, cuando tiene más libertad, no ocurren las características pasivas y que durante la fase de asociación ofrece un número de respuestas (simbólicas) marcadas pero encubiertas de agresión, como "golpes", "arañazos", "cortes" y "desintegración". A la luz del repertorio total de respuestas, y particularmente a la luz de secuencias sucesivas durante las cuales surge o deja de surgir la pasividad, llegamos a una inferencia final concerniente al significado, intensidad y etiología del fenómeno de pasividad.

Hay muchos modos de comenzar el proceso de análisis inferencial. Se puede comenzar con la primera figura del test, "especular" respecto a hechos específicos de la reproducción de esta figura (o, más precisamente, hacer una lista de hipótesis separadas que pueden sugerir todos los hechos de la reproducción), y entonces seguir con la secuencia de las figuras siguientes, continuando con un tipo similar de análisis del material de las fases de elaboración y asociación. Sin embargo, este tipo de procedimiento no tiene en cuenta las características de estilo específicas del

número total de dibujos, y creemos que es preciso, generalmente, comenzar con este hecho del test. El principal argumento para esta propuesta es que el estilo general del paciente, que se revela en la organización y disposición de los dibujos en la hoja (y la repetición o modificación de este estilo en las diversas fases del test) revela las características más generales y singulares de la personalidad del paciente en el momento de test, y además ofrece algunos parámetros importantes y convenientes con los cuales podemos organizar las diversas inferencias separadas y sucesivas de cada uno de los dibujos. Para comparar un aspecto del "estilo" de dos pacientes y mostrar el significado de este punto, supongamos que tenemos los protocolos de dos pacientes adultos, uno de los cuales mostraba un amontonamiento de las nueve figuras dentro del tercio superior de una sola hoja, mientras el otro mostraba una "distribución" de las figuras en tres hojas. Podemos inferir, del protocolo del primer paciente, una reacción de extrema introversión, quizás sospechosa, así como marcada ansiedad al enfrentar una situación de test relativamente no-amenazadora. Podemos inferir, similarmente, del otro protocolo, la reacción de un individuo muy tenso, quizás de características maníacas, quizás egocéntricas, con relativamente poca ansiedad abierta o desconfianza. Habiendo ofrecido tales tipos de hipótesis generales sobre cada paciente, tenemos que probarlas, hacer agregados, o modificarlas a la luz de distintos rasgos de cada dibujo.

Comenzaremos, entonces, con hechos concernientes al estilo general de los dibujos del paciente. Las siguientes sugerencias se pueden aplicar separadamente a los dibujos obtenidos en cada fase del test (o de cada método). Cuando se han hecho estos análisis diversos y separados de los datos obtenidos en cada fase, se pueden integrar en el más objetivo conjunto de explicaciones y predicciones para el juego total de dibujos.

La primera pregunta que se nos presenta es cuánto *espacio* usó el paciente para todos los dibujos. ¿Fue excesivo, comprimido o normal? (siguiendo los criterios presentados en el capítulo 5). La cantidad de espacio nos dice algo concerniente a la propia percepción del paciente con respecto al resto del mundo. Más profundamente, los modos en los que usa el espacio a través de todo el desarrollo del test nos ilustra acerca de su adaptabilidad a esa orientación general que tiene con respecto a su mundo. Es muy útil al analizar esta parte de los datos tratar de empatizar con el

desempeño actual del paciente; así que, además de las hipótesis que hemos ofrecido en el capítulo 5 con respecto al uso del espacio, podemos extraer hipótesis tentativas y alternadas concernientes a los modos específicos en los que usó el espacio este paciente particular a medida que cumplía las sucesivas partes del test.

Después, habiendo desarrollado todas las inferencias posibles del uso del espacio por parte del paciente, podemos llevar nuestra atención al problema de la *secuencia*. Aquí, partimos otra vez de los criterios incluidos en la lista que presentamos en el capítulo anterior, anotando todas las hipótesis que nos sugieren los datos relativos a la secuencia. Estas se anotan, primero, sin ver si parecen o no estar en conflicto con las hipótesis derivadas del análisis del espacio. Además, cualquier hecho idiosincrásico de la secuencia tal como, por ejemplo, una secuencia ordenada pero con una excepción sobresaliente, digamos, en la figura 6 (las curvas sinusoidales) en la cual aparece un marcado cambio en la secuencia, seguida por una secuencia ordenada para las figuras restantes, se anota y se formulan hipótesis. Tal vez queramos considerar las posibles dificultades que puede imponer la figura 6 a éste o cualquier paciente y la posible reacción a la figura anterior, a la luz de lo que se sabe sobre estas figuras (ver discusión posterior en este capítulo). Habiendo formado estos dos grupos generales de hipótesis del uso del espacio y de secuencia, sería bueno, luego, intentar hacerlas compatibles, estando seguros de no descartar una hipótesis que no puede ser rechazada claramente. En este proceso pueden aparecer hipótesis de un más alto, más integrado orden, o se pueden formular hipótesis adicionales y alternativas, no deducibles sólo del espacio o la secuencia.

El próximo paso en el análisis general del estilo se refiere a la *colocación de la primera figura*. Aquí otra vez, como en el problema del uso del espacio, se puede inferir el estilo inicial del paciente con respecto a su adaptación a un espacio vital (ver capítulo 5). ¿Coloca, por ejemplo, su primera figura (él mismo) en el medio de la hoja, sugiriendo una orientación altamente egocéntrica con respecto al mundo, o coloca la primera figura en el ángulo superior izquierdo de la hoja, sugiriendo extrema introversión y temor? Por supuesto, la naturaleza de la reproducción de la primera figura (figura A) entrará dentro de las hipótesis especulativas que se pueden ofrecer, pero dejaremos para después el comentario de cada una de las figuras. Luego de formular las

hipótesis, parece plausible que sobre la base del hecho estilístico intentemos integrar éstas con las hipótesis previas que hemos extraído.

Luego, si notamos algunos fenómenos de colisión o semicolisión, tales datos indican pérdida de controles anticipatorios, y se asocian frecuentemente con marcada ansiedad (básica o transicional) o lesión intracraneal y posible pérdida de control psicológico o motor. En cualquier caso, hay un importante deterioro en las funciones del ego, y anotamos cuidadosamente la adaptación hecha en las figuras donde ocurren tendencias a la colisión, y en las figuras siguientes. Por ejemplo, las tendencias a la colisión que se producen en figuras curvas difieren de las que ocurren en figuras de líneas rectas; la primera parece más probable que esté asociada con dificultad para expresar impulsos agresivos; la última más probablemente irá unida con tendencias pasivas. Como otro ejemplo, la colisión que involucra figuras más complejas como la 7 y 8, pero no figuras simples como la 3 y 4, es más probable que esté relacionada con pérdida de factores cognoscitivos y no de factores emocionales. Examinamos también los dibujos para determinar si el paciente reconoce los fenómenos de colisión o si intenta corregirlos. Tal conducta indica al menos un reconocimiento marginal del problema perceptivo-motriz, y cuando ocurren correcciones después de la colisión, señala una modificación del modelo de respuesta, un hallazgo altamente útil en cuanto al manejo terapéutico y pronóstico.

Otro hecho estilístico general se refiere al uso del margen. Ya hemos señalado las hipótesis más probables asociadas con este fenómeno (capítulo 5). Podemos ofrecer un gran número de hipótesis basadas en el uso general del margen y otras basadas en el uso del margen para algunas figuras individuales solamente (ver capítulo 11, por ejemplo). Si en este punto de nuestro análisis de un protocolo particular, se han extraído hipótesis consistentes derivadas de datos relativos al estilo general, podemos estar razonablemente seguros de que son hipótesis sólidas. Una indicación más completa de su solidez se puede derivar de análisis subsiguientes de figuras separadas, y luego, otra vez del análisis de datos obtenidos durante la fase de elaboración del test.

Otra fuente general de hipótesis derivadas de rasgos estilísticos es la de la rotación de la hoja del test y de las tarjetas del test. Las hipótesis relacionadas con la egocentricidad y/o rigidez

se basan en rotaciones de 90 grados hasta alrededor de 180 grados, mientras que aquellas relacionadas con características oposicionales se basan en rotaciones de 180 grados o más.

Todas las inferencias hechas hasta aquí parten de la conducta manifiesta del paciente durante el test y en sus respuestas. En la medida que la conducta tiene significado obvio para el paciente, como, por ejemplo, cuando rota las tarjetas sin tener en cuenta la estructuración del test en oposición a tal colocación, o cuando coloca su primera figura en el centro de la hoja, podemos presumir que los fenómenos en cuestión están a nivel consciente o preconsciente. En la medida que la conducta tiene sólo significado latente, por ejemplo, cuando se cambia la secuencia porque una figura particular tiene algún valor simbólico para el paciente, podemos presumir que están operando factores inconscientes. No podemos hacer solamente una categorización indiscriminada del nivel de significado de la conducta para el paciente (de consciente a inconsciente), pero en virtud de nuestro conocimiento general de la psicopatología y la acción de las defensas, podemos comenzar e inferir algunos tipos específicos de dinamismo (naturaleza y severidad del conflicto) por parte del paciente. Tales inferencias, especialmente si están reforzadas o confirmadas a la luz de la evidencia asociada con las distorsiones en las diversas figuras, y con datos de las elaboraciones y asociaciones, son instrumentos poderosos para predecir la naturaleza y significación de procesos inconscientes por parte del paciente. Cuando éstas se integran con la conducta manifiesta del paciente, nos permiten extender nuestro análisis clínico para cubrir una variedad más amplia de contingencias que cuando se limitan a un solo tipo de datos (ver capítulo 3).

Ahora podemos dirigir nuestra atención a las figuras guestálticas separadas, comentando simultáneamente los otros factores del test a medida que aparezcan en estas figuras.

La figura A tiene algunos rasgos para comentar como figura inicial en la presentación del test. En primer lugar, es una figura relativamente simple, que requiere solamente una madurez mental correspondiente a siete u ocho años para su correcta reproducción. Es por lo tanto útil comparar el éxito relativo en esta figura con el desempeño en otras figuras más simples y más complejas (como las figuras 1, 2, 3, 4 por un lado, y las figuras 6, 7 y 8 por el otro). Se puede presumir usualmente, por ejemplo, que una gran

dificultad en las figuras simples en comparación con las más difíciles se debe a dificultades intrapsíquicas más que a problemas de maduración. Otro rasgo concerniente a la figura A es que consiste en dos figuras bien estructuradas, cerradas, simples y *tangenciales*. El aspecto tangencial hace que la figura sea particularmente útil para detectar dificultades en catexias interpersonales (factores de unión y de cierre). Otro rasgo es la presencia de dos figuras que tienen significados simbólicos que son casi universales: el círculo representa el objeto femenino y el cuadrado representa el objeto masculino. (Es importante, por supuesto, probar la aplicabilidad a un paciente dado de estos significados simbólicos. Las respuestas del paciente durante la fase de asociación del test provee una base para tal verificación). Es posible inferir que relativos aumentos de tamaño de una figura, cuando se compara con la otra, demuestran problemas en la autopercepción del paciente. Así, por ejemplo, si un paciente reproduce el cuadrado muy agrandado en relación al círculo, se puede presumir que está intentando inconscientemente identificarse con un papel masculino; la relativa discrepancia de tamaño indica, por lo tanto, dificultad en esta identificación porque, de otro modo, las dos figuras recibirían igual énfasis. Este tipo de hipótesis se puede corroborar con las elaboraciones y las asociaciones en las otras dos fases del método básico de administración. Los pacientes que desean inconscientemente verse a sí mismos como más masculinos exagerarán probablemente el cuadrado durante la elaboración por algún método como colocar el círculo dentro del cuadrado o produciendo un número de figuras alrededor del círculo como un pivote.

Otro rasgo de la figura A es que se trata de figura con líneas curvas y rectas. Por evidencias clínicas y experimentales sabemos que la dificultad para expresar impulsos agresivos se asocia con dificultad para reproducir figuras curvas, mientras que la dificultad correspondiente a la pasividad se asocia con figuras de línea recta (Breen, 1953; North, 1953). Ya hemos comentado el problema de la colocación de la primera figura del test; cualesquiera sean los factores transitorios que estén asociados con la adaptación inicial a la situación del test es probable que se proyecten en algún aspecto del desempeño ante esta figura. Por lo tanto, se recomienda examinar cuidadosamente todos los rasgos de la reproducción de esta figura. La comparación con las figuras subsiguientes puede hacer posible deducir qué rasgos se asocian con

problemas en la adaptación inicial y cuáles son más probablemente de naturaleza caracterológica.

La figura 1 consiste en 12 puntos equidistantes. Debido a que es una figura no estructurada (no tiene límites claramente delineados), presenta dificultades para algunos pacientes. Pacientes con problemas orgánicos encuentran esta figura más difícil de lo que su estructura inherente justifica (a causa de problemas perceptivos referidos a figuras concretas asociados a déficit orgánico). Pacientes con ansiedad intensa y difusa también encuentran esta figura difícil por razones similares. Pacientes con severos problemas de aspiración tienen dificultad en esta figura; aunque es muy sencilla emplean gran cantidad de energía para llenar los puntos o enfatizar la circularidad de los puntos. Para algunos pacientes con ansiedad traumática los puntos sugieren balas o pelotitas que vienen directamente hacia ellos, y como consecuencia de esto, pueden producir una línea de puntos muy ondulante. Algunos pacientes esquizofrénicos de características altamente ideativas y paranoides elaboran los puntos y pueden "disponerlos" como pájaros o figuras simbólicas o "garabatos" (algunos neuróticos ansiosos hacen lo mismo). Y finalmente, se puede decir una palabra concerniente a pacientes obsesivos-compulsivos que emplean una cantidad de tiempo inusual para concretar esta simple figura a causa de sus necesidades perfeccionistas y frecuentemente cuentan y recuentan el número de puntos.

Las colocaciones relativas de las figuras A y 1 también requieren algún comentario. Es interesante notar la orientación direccional que el paciente adopta después de completar la figura A. ¿Se mueve hacia la derecha o se mueve a una posición directamente debajo de la figura A para comenzar la figura 1? La dirección de movimiento preferida es un rasgo estilístico que ya hemos discutido en el capítulo anterior. La preferencia de movimientos en el plano lateral u horizontal, por ejemplo, se asocia con necesidades no resueltas de catexias interpersonales, mientras que los movimientos en el plano vertical se relacionan con dificultades para enfrentarse con figuras autoritarias. Algunos pacientes además dibujan la línea de puntos de tal modo que semeja un arco (algunas veces claramente distinguible) del cual ellos son el pivote, indicando una orientación egocéntrica o posiblemente narcisista. Otros dibujan la línea de puntos con una leve rotación en el sentido de las agujas del reloj, lo cual indica tendencias depresivas.

Estas y otras características generales del dibujo de esta figura son dignas de tenerse en cuenta por el gran número de hipótesis que pueden ofrecer.

Deseamos enfatizar de nuevo que el contraste en el desempeño y en la conducta general que se puede notar para las primeras dos figuras (o una congruencia que sea evidente) es importante porque se pueden extraer otras hipótesis más. El contraste puede ocurrir en el tamaño, en el uso del espacio, en la orientación direccional, en la cantidad relativa de tiempo y de energía empleados para completar la tarea, y similares. Se puede perder de vista la secuencia de producción de tales fenómenos si no se dirige específicamente la atención sobre esta fase del análisis, y como consecuencia de esto, sólo quedan hipótesis discretas que se pueden resumir en un puntaje de desviaciones o distorsiones.

Volviendo ahora a la figura 2, notamos que consiste en 10 columnas anguladas de círculos. Debido a que hay un pasaje de los puntos de la figura 1 a los círculos de la figura 2, deseamos prestar atención particularmente a la ocurrencia de perseveración que se puede manifestar primero en la figura 2 (aunque puede ocurrir otro tipo de perseveración en la figura 1). Algunos pacientes reproducen la figura 2 con puntos en vez de círculos, perseverando los puntos de la figura 1. Este fenómeno es más característico en pacientes con severo deterioro del ego, tales como psicóticos, pero puede ocurrir cuando la ansiedad pasajera es muy intensa. El carácter abierto de esta figura, como el de la figura 1, ya que no hay indicación clara de los límites, aparece como amenazadora para algunos pacientes. Los enfermos orgánicos y aquellos con severos problemas en relaciones interpersonales, algunas veces tienen dificultad con esta figura. Cuando la figura está alargada en el plano lateral, pero el número de columnas de círculos es correcto, podemos inferir que es posible que el problema esté en una dificultad para las relaciones interpersonales. Cuando se presenta perseveración de los puntos de la figura 1, o perseveración de las columnas de círculos, es posible elaborar algunas hipótesis sobre problemas orgánicos. Otro rasgo de importancia en esta figura es cualquier cambio en la angulación de las columnas de círculos. En general, una disminución de la agudeza del ángulo corresponde a una reducción en la afectividad del paciente; mientras que un aumento en la agudeza corresponde a un aumento en la afectividad. Algunas veces, el paciente tiene dificultad para

percibir o ejecutar la angulación, como, por ejemplo, cuando reproduce las columnas como perpendiculares a la base de la hoja, pero rota la figura entera en sentido contrario a las agujas del reloj para dar alguna impresión de angulación. Esta clase de dificultad se asocia con sentimientos de impotencia experimentados por algunos pacientes orgánicos; ocasionalmente se puede presentar en las reproducciones de psicópatas. Otro fenómeno más es la tendencia a producir una figura con cambios en la angulación de las columnas, de modo que las de la izquierda se reproducen con una angulación relativamente buena, pero a medida que se dibujan otras columnas la posición de éstas tiende a hacerse más y más oblicua, con lo cual toda la figura describe un arco con el paciente en el centro o en el punto de origen. Como en la figura 1, este fenómeno indica egocentrismo o narcisismo. Algunos pacientes manifiestan un cambio progresivo y regresivo en la angulación de las sucesivas columnas; ello indica intentos compensadores para mantener catexias interpersonales. Algunos pacientes dibujan la figura con una orientación o rotación en el sentido de las agujas del reloj; ello indica tendencias depresivas Si los rasgos depresivos de la personalidad se expresan en la rotación en el sentido de las agujas del reloj, este rasgo se presenta usualmente en las tres primeras figuras y así la hipótesis resulta fuertemente sustentada. Hay, además, otros rasgos del test que pueden asociarse con depresión: presión débil en la línea de movimiento y dificultad para completar cualquiera de las tareas. Esta combinación de características se asocia usualmente con depresión en una personalidad altamente dependiente y pasiva. Cuando se presentan fuertes rasgos masoquistas, la presión de la línea suele ser intensa. Otro rasgo asociado con masoquismo es la colocación de puntos dentro de cada uno de los círculos. Hemos señalado solamente algunas de las más importantes características asociadas al dibujo de esta figura. Se presentan además muchas otras y de ellas se pueden deducir hipótesis relacionadas con los mismos.

En la figura 3, la cabeza de flecha construida con los puntos es otra figura abierta. Algunos pacientes que han conseguido mantener algún grado de control en las figuras abiertas anteriores, finalmente comienzan a perderlo con esta figura (los enfermos orgánicos usualmente muestran su deterioro del ego antes de haber llegado a esa figura). Para otros pacientes, las características agresivas de esta figura, o su significado simbólico, es

amenazador. Debemos esperar que tales pacientes hagan un esfuerzo compensatorio para reducir la aparente amenaza. Esto puede hacerse comprimiendo la figura, destruyendo así su *Gestalt* esencial, o reduciendo la angulación de los ángulos de la figura. Otra característica muy frecuente de la reproducción de esta figura en el caso de pacientes regresivos es la simplificación de la misma (reduciendo el número de partes componentes). Las tendencias depresivas también se manifiestan frecuentemente en esta figura como dificultades rotacionales de menor grado. Los pacientes con fuertes fijaciones anales tienden a ser extremadamente cuidadosos con esta figura, contando los puntos una y otra vez, pero perdiendo algunas veces la *Gestalt* general en este proceso a causa de su minuciosidad exagerada. Los significados asociativos específicos de esta figura para el paciente se pueden inferir fácilmente del material de las fases de elaboración y asociación del test.

La figura 4, como la figura A, presenta dos símbolos que están frecuentemente asociados con una identificación sexual, representando el cuadrado abierto el objeto masculino y la figura curva el objeto femenino. Esta figura tiene, por lo tanto, algunos valores similares a la figura A. Se puede obtener una confirmación de hipótesis relacionadas con identificación comparándolas con las distorsiones de estas dos figuras. Ya que la figura 4 es más difícil que la figura A, aparecen aquí algunos problemas que no se habrían observado en la figura A. El tamaño relativo de la porción curva de la figura en relación al cuadrado abierto es particularmente importante al respecto. La tendencia a achatar la curva o la tendencia a producir rizo marcado al final de la curva es también importante; lo primero está asociado con "achatamiento" emocional, lo último, con impulsividad y poco control emocional. Algunos pacientes tienen dificultad con los lados verticales del cuadrado abierto, lo que indica una dificultad ante relaciones autoritarias. Esta dificultad se puede mostrar de muchos modos, tales como el bosquejo de los lados verticales, sucesivos intentos de aumentar o extender estos lados, o un aumento en las dimensiones de estos lados. Otros pacientes muestran problemas de cierre muy marcados en esta figura. Otros fragmentan la figura o separan los dos componentes. Esto último está asociado con un severo deterioro del ego, que ocurre en estados depresivos y en problemas asociados con lesiones orgánicas. Se debe compa-

rar la reproducción de la figura 4 con las de otras figuras en las cuales se presentan líneas curvas o rectas, para extraer hipótesis adecuadas, y se debe comparar también con los datos de elaboración y asociación para confirmar estas hipótesis o para elaborar otras teniendo en cuenta la totalidad de los datos. Se puede extraer una gran variedad de inferencias relevantes de esta figura sola, así como de una comparación con las reproducciones del paciente de figuras anteriores. Nótese, por ejemplo, cómo se hace esto con algunos de los casos presentados en los capítulos 2 a 12.

La figura 5 es otra figura abierta compuesta de puntos. Algunos de los fenómenos más característicos asociados con esta figura se discutirán brevemente. La rotación ocurre frecuentemente por primera vez a causa de la valencia perceptiva de la secante que fuerza a algunos pacientes a rotar la figura entera; no pueden resistir la inercia creada por la secante angulada y por consiguiente rotan la figura entera. Otro rasgo es la tendencia a completar el círculo extendiendo la porción circular de la figura. Este fenómeno está usualmente asociado con sentimientos de inseguridad y dependencia. También puede ocurrir la simplificación como otra maniobra defensiva. Los pacientes obsesivos-compulsivos frecuentemente cuentan los puntos una y otra vez, algunas veces perdiendo la *Gestalt* al tratar de reproducir el número de puntos adecuadamente. Se debe examinar el tamaño relativo de la secante para deducir algunas hipótesis tales como: rasgos paranoides (elaboración y alargamiento excesivo de la secante por causa de sus características fálicas), problemas relacionados con figuras autoritarias (disminución de la dimensión vertical de la figura total con acortamiento de la secante) pasividad como una formación reactiva contra impulsos hostiles (disminución de la secante junto con una característica ondulante de la línea). Se puede intentar la simplificación de la figura reduciendo marcadamente el número total de puntos o sustituyendo el semicírculo de puntos por una línea curva o usando líneas en lugar de puntos en toda la figura (ver capítulo 11).

La próxima figura, la número 6, viniendo después de una sucesión de figuras previas y representando un retrato tan directo de emocionalidad, es otra figura importante en el análisis secuencial e inferencial. No sólo la curvatura presenta problemas para algunos pacientes sino que la intersección de 2 conjuntos de curvas de una manera asimétrica agrava el problema para mu-

chos. Los pacientes que son capaces de mantener una máscara de adecuada afectividad pero cuya conducta afectiva no es espontánea, tienen gran dificultad aquí. Los fenómenos diversos que pueden resultar son altamente reveladores. ¿Están las curvas achatadas (reducción del valor emocional del estímulo), son puntiagudas (dificultad para mantener impulsos agresivos bajo control) o están reducidas en número o amplitud (afectividad introvertida)? ¿El dibujo de las curvas las hace intersectarse en ángulos, o presentan gran cantidad de indicios de incoordinación motora (incapacidad de manejar el "violento" significado emocional de estos estímulos)? Algunos pacientes dibujan las dos curvas no como intersectadas sino como dos curvas "U" tangenciales, indicación de un marcado temor en relaciones interpersonales. Los rasgos depresivos algunas veces aparecen por primera vez en esta figura (leve rotación en el sentido del reloj, líneas leves ondulantes, y rasgos similares). Las características paranoides algunas veces se hacen evidentes (la elaboración de la curva como el perfil de una cara, o la inserción de un punto por un ojo, por ejemplo). Los pacientes con características marcadamente impulsivas aumentarán, frecuentemente, de manera excesiva, el tamaño de las curvas y la presión de la línea. Los pacientes altamente ansiosos pero intactos pueden por otro lado, disminuir el tamaño de las curvas y dibujarlas con líneas bosquejadas y con presión leve.

Como se sabe muy bien ahora, la figura 7 ofrece la evidencia más clara de la presencia de trastornos orgánicos en el paciente (dificultad en la superposición) pero abre muchos otros caminos también con respecto al problema de lesión intracraneal. Se debe destacar que la dificultad en la superposición puede evidenciarse de muchos modos diferentes. El más obvio es la falla para reproducir la *Gestalt* superpuesta. Otros modos menos obvios son: dibujo confuso en el punto de la superposición de las figuras; severa rotación de las figuras; marcada dificultad con alguno de los ángulos (especialmente si no se la notó en figuras tales como la A y la 4); simplificación de una o ambas partes de la figura; superposición en un punto incorrecto; marcado repaso en el cierre en cualquiera de los ápices; sustitución de líneas curvas por líneas rectas; destrucción total de la *Gestalt*. La característica de esta *Gestalt*, y la amenaza que representa para algunos tipos de homosexuales, no debe ser pasada por alto. Este tipo de reacción al significado simbólico de la figura estímulo se puede confrontar con

la reacción obtenida con la figura 8 sobre la cual se dirá algo más adelante. Cuando la característica fálica es demasiado amenazadora para el paciente, él se puede defender de diversos modos, tales como redondeando cualquiera de los extremos superior o inferior de las figuras, disminuyendo la longitud de las figuras, aumentando su ancho o acortando los extremos de las figuras. Algunas veces los pacientes con problemas graves de superego o fantasías de perversiones o excesos sexuales separan las dos figuras o las simplifican; en tales casos la evidencia de ansiedad abierta notada en ésta y otras figuras ayudará a diferenciar este tipo de dificultad del daño orgánico. La figura 7 también se presta a claras manifestaciones de otros tipos de ansiedades y dificultades ante relaciones interpersonales, evidenciadas por fenómenos tales como dificultades de cierre, dificultades de cruzamiento, variaciones en la calidad de la línea, dificultades con ángulos, problemas rotacionales y similares.

La figura 8 produce con mucha frecuencia reacciones en cuanto a sus características sexuales y particularmente fálicas (Sullivan y Welsh, 1947). Uno de los hallazgos interesantes es que los individuos con conflicto acerca de la homosexualidad (y adultos jóvenes o adolescentes con conflicto respecto a la masturbación) tienen dificultades con los extremos de esta figura. Las distorsiones más usuales involucran la producción de los dos extremos en tamaños marcadamente diferentes, dificultad con los ángulos en los extremos, sustitución de líneas rectas por líneas curvas en la porción extrema de la figura, y excesivo bosquejo. Otro hecho al cual se debe dar especial atención es la producción del rombo interno. La dificultad con esta porción de la figura puede involucrar disminución de tamaño, mala colocación (fuera del centro) o dificultad de cierre o de unión en cualquiera de las partes del rombo o del rombo con los lados del exágono. Tales dificultades se asocian usualmente con conflicto con el sexo femenino y temor en relación al trato interpersonal. Es útil notar, cuando ocurren tales tipos de distorsiones, si se han experimentado dificultades similares en relación al cuadrado (o rombo) en la figura A. Se notará algunas veces que ocurren distorsiones no significativas en la figura A, pero son muy marcadas en la figura 8. Puede haber muchas razones para que ocurra esto, pero las dos explicaciones más comunes son que la figura 8 es la última en el test y refleja las ansiedades acumuladas durante el examen, y que la figura 8

parece evocar más directamente alguno de los conflictos inherentes a las relaciones sexuales. La confirmación de cualquiera de estas (u otras) explicaciones para esta figura se puede obtener frecuentemente durante las fases de elaboración y asociación del test.

Si el clínico ha seguido nuestras sugerencias para desarrollar inferencias de las respuestas a la fase de copia del test, habrá desarrollado muchas explicaciones concernientes al paciente, habrá revisado y ampliado algunas de éstas y habrá rechazado otras a la luz de la explicación más sencilla que se pueda dar. Además de lo dicho, utilizando su conocimiento concerniente a la teoría de la personalidad y psicopatología, habrá elaborado una conceptualización de la personalidad concerniente al paciente específico. Sobre esta base se puede elaborar un número de inferencias de segundo orden. Sin embargo, si hay datos disponibles de las fases de elaboración y asociación del test será bueno examinar estos datos antes de intentar la integración de esas hipótesis de segundo orden.

Ya hemos expuesto la fundamentación para los procedimientos de las fases de elaboración y asociación del test en los capítulos 3 y 4. En este momento, deseamos simplemente subrayar ciertos aspectos de tal fundamentación teórica.

En primer lugar, la actividad motora involucrada en el proceso de elaborar las figuras guestálticas, máxime cuando el control del ego se relaja en cierta medida ante la indicación: "Modifique las figuras... para que sean más agradables", tiende a producir tanto una exageración de los procesos subyacentes y relativamente más inconscientes y asociaciones, como material (traumático) asociado con las fases anal y edípica del desarrollo (los períodos de "Socialización"). Las distorsiones encontradas primero en la fase de copia y más tarde exageradas en la fase de elaboración son, por lo tanto, de especial interés. Pero también son de interés nuevos tipos de distorsiones que ocurren solamente en la fase de elaboración. Estas congruencias y nuevos tipos de evidencias se pueden evaluar más completamente en cuanto a las asociaciones dadas por el paciente al material de la fase de copia y a la fase de elaboración. Aunque hemos acentuado la capacidad de estos procesos para despertar material de las fases anal y fálica, otras fases del desarrollo se pueden proyectar en estos mate-

riales, como, por ejemplo, obvias asociaciones "orales" a la figura 6 como "una fuente" o "movimiento de succión".

Algunas veces, los pacientes revelaron repentinos "insights" concernientes al material que han producido durante la fase de elaboración. Dirán, con sorpresa, que no saben lo que están haciendo o que estaban solamente "garabateando", pero ahora es muy claro que la figura significa "esto y aquello". Frecuentemente insistirán en que ninguna otra explicación es posible: por causa de la intensidad de la proyección, habrán "perdido distancia" ante sus producciones y ver otra posible explicación. Algunas veces, exclamarán que la asociación es algo que habían olvidado o algo sobre lo cual nunca habían pensado antes. Tales clases de conducta verbal son importante evidencia de la validez intrínseca de las producciones, aunque, por supuesto, cualquier clínico se dará cuenta de que algunas veces las reminiscencias aparentemente más válidas no son otra cosa que recuerdos "pantalla" o encubridores.

Al analizar los datos de elaboración se sugiere que se sigan las reglas generales ofrecidas para desarrollar hipótesis con relación a los datos de la fase de copia. Primero es preferible analizar los rasgos estilísticos generales del conjunto de producciones de la fase de elaboración, para pasar luego a analizar separadamente las producciones en la secuencia en la cual fueron ofrecidas. Aconsejamos los mismos métodos generales para considerar hipótesis aparentemente contradictorias hasta que la evidencia fuerce a una selección o integración de las explicaciones. Sólo después que el material de elaboración ha sido analizado de esta manera, es bueno comparar en detalle las implicancias de la elaboración y las hipótesis de la fase de copia.

Análisis configuracional

Reuniremos aquí algunas comprobaciones referentes a configuraciones asociadas a un número de categorías psiquiátricas. Deseamos enfatizar que no debemos esperar encontrar un perfecto acuerdo entre una configuración del test y una categoría nosológica. Ya hemos discutido las razones para esta limitación (ver capítulo 3). Es importante recordar que cada categoría nosológica es simplemente una constelación de *ocurrencia de conductas*

derivativas (o síntomas). Debemos esperar, pues, una considerable variación en los procesos subyacentes que dieron lugar a tal conducta. La suposición implícita (sostenida otrora por muchos) de que dentro de cada categoría hay una homogeneidad esencial fue refutada hace mucho. Muchas veces, las variaciones dentro de cada categoría nosológica son tan grandes como las diferencias entre las categorías. Ha habido muchos estudios referentes a la diversidad entre las llamadas esquizofrenias. Similarmente, hay muchas evidencias de que la lesión cerebral orgánica incluye diferentes clases de atributos psicológicos, dependiendo no sólo de la naturaleza del daño orgánico sino también de la condición previa del individuo. Y las condiciones neuróticas, siendo, en conjunto, diferentes de las condiciones orgánicas y esquizofrénicas, están muy diversificadas y difieren en grado de severidad de la psicopatología.

Sin embargo, hay algunas ventajas en estas categorías nosológicas que pueden permanecer hasta que nosotros hayamos establecido firmemente nuevos criterios para la clasificación que puedan ser confirmadas por investigaciones de validación y la verificación clínica. Por el momento podemos usar tales categorías, reconociendo sus limitaciones inherentes, porque tienen todavía una considerable utilidad clínica y práctica. En un caso individual, la categorización diagnóstica se debe combinar con aquellas definiciones idiosincrásicas que señalan más claramente las posibles diferencias entre los atributos generales de la categoría nosológica y la manifestación particular en el caso específico. Clasificaciones tales como: "condición mixta" (especificada), progresiva, detenida, compensatoria, reactiva, proceso, y deteriorante, pueden ayudar a definir el caso particular más adecuadamente.

Las configuraciones descriptas abajo han sido sometidas a pruebas de experiencias clínicas y, en la mayoría de los casos, extensa investigación. No se las debe ver, sin embargo, más que como una aproximación a lo que puede surgir finalmente con un estudio más profundo y una comprensión más compleja del fenómeno (fenómenos del test y fenómenos psiquiátricos). Las configuraciones son aplicables a adultos de ambos sexos, aunque hay algunas evidencias sugestivas de que son ligeramente más diferenciadoras en los varones que en las mujeres. Cuando el nivel intelectual del paciente está considerablemente por debajo del nivel medio, las configuraciones no son probablemente tan discrimi-

nativas como cuando los pacientes están por encima de ese nivel; y no parecen ser afectadas significativamente por diferencias entre individuos situados en el nivel medio o más arriba.

El lector interesado notará algunas diferencias importantes entre los presentes compendios de configuraciones y los presentados en un trabajo anterior (Hutt y Briskin, 1960). Como ya he dicho, hice un intento de incorporar los hallazgos de estudios de investigación y de informaciones de observaciones clínicas. Además, cada configuración ha sido sometida a la siguiente prueba: *la presencia de 5 o más de los criterios de cualquier configuración particular* satisface los requisitos estadísticos para discriminar aquella categoría nosológica de cada una de las otras (con la excepción de la categoría de mentalmente retardados) al nivel .05 o mejor. Los grupos que se compararon fueron: enfermos orgánicos (N = 95); esquizofrénicos (N = 100); neuróticos (N = 80); y "normales" (N = 80), con edades y distribución de sexos equivalentes. Además, las configuraciones orgánica y esquizofrénica diferían de los "normales" al nivel .001.

Para propósitos prácticos, entonces, podemos decir que un individuo que muestra *5 o más de los criterios de una categoría* posee las características generales de desempeño en el test que corresponden al título de esa categoría. Hay alguna superposición de criterios, pero creemos que es deseable en nuestro estado presente de conocimiento. No se debe esperar, sin embargo, que un individuo que *no* muestra los 5 o más factores de un grupo nosológico particular *necesariamente será excluido* de ese grupo. En casos individuales, la presencia de dos signos del test, o aun uno, especialmente si es muy marcado, puede ser asignado adecuadamente a una categoría psiquiátrica particular si otra evidencia lo sugiere.

A. *Lesión Intracraneal* (Es de esperar que los fenómenos varíen con el tipo, duración y severidad de la lesión, así como con las características previas de la personalidad del individuo).

1. Colisión (y tendencia a la colisión).
2. Dificultad en la angulación (marcada).
3. Rotación perceptiva (severa). Aún más importante si el examinado no se da cuenta o si es incapaz de corregir el error de rotación.

4. Simplificación.
5. Fragmentación (severa).
6. Dificultad de superposición (moderada a severa).
7. Perseveración, tipos a y b (especialmente si es severa).
8. Elaboración (moderada).
9. Repaso de la figura total.
10. Incoordinación lineal (tanto fina como burda).
11. Concretismo.

Los indicadores adicionales que pueden ser clínicamente significativos incluyen el bosquejo patológico (como se lo ha definido), y evidencias de conducta de sentimientos de impotencia.

B. *Las Esquizofrenias* (ya que es un grupo tan heterogéneo, se incluyen varios clasificadores).

1. Secuencia confusa (en esquizofrenia desorganizada).
2. Colocación altamente anormal, 1ra. figura.
3. Sobre-estimación del tamaño y excesivo uso del papel (en premórbidos con mal funcionamiento).
4. Uso excesivo del margen (en paranoides).
5. Dificultad de cierre (marcada).
6. Dificultad en la curvatura (marcada).
7. Rotación (moderada) (puede corregirse en la mayoría de los casos).
8. Retrogresión (en esquizofrenia desorganizada).
9. Fragmentación (moderada o severa).
10. Elaboración (severa).
11. Perseveración (tipo b).
12. Repaso de la figura total.
13. Simplificación (en casos crónicos o en proceso).

C. *Psiconeurosis Esenciales* (excluyendo desórdenes de carácter).

1. Secuencia (sobre-metódica o irregular).
2. Sub-estimación del tamaño (severa).
3. Cambios aislados en el tamaño (marcados).
4. Dificultad en la curvatura (leve).
5. Dificultad en la angulación (leve).
6. Rotación (leve).

7. Movimiento (dirección anormal).
8. Movimiento (inconsistente).
9. Dificultad de cruzamiento.
10. Característica de la línea (muy pesada, muy liviana o marcadamente inconsistente).

D. *Retardo Mental, Moderado y Severo* (El retardo mental puede ser una consecuencia de severo desajuste emocional o carencia cultural, así como de factores genéticos y constitucionales. Por lo tanto, algunos pacientes adultos pueden llenar los criterios de la categoría de *Psiconeurosis Esencial,* sin que se manifiesten necesariamente los síntomas clínicos de dicha neurosis. La tarea difícil para el clínico es "cribar" el aporte relativo del retardo y el del mal ajuste).

1. Secuencia (irregular).
2. Espacio (marcadamente irregular).
3. Tendencia a la colisión.
4. Sobreestimación del espacio.
5. Rotación perceptiva (invertida).
6. Simplificación (leve).
7. Fragmentación (en las figuras 7 y 8).
8. Dificultad de cierre (marcada).
9. Curvatura (achatada).

Capítulo VII

DOS ESCALAS OBJETIVAS BASADAS EN HIPOTESIS PROYECTIVAS

En este capítulo discutiremos dos escalas que parecen ser útiles para uso clínico y también para propósitos de investigación. Aunque una considerable cantidad de investigación se ha dedicado a estas escalas, no se deben considerar como la palabra final. Indudablemente, una investigación más profunda con una variedad más grande de sujetos y utilizando una variedad más grande de criterios concurrentes y predictivos traerá como resultado una modificación más profunda y un mayor provecho de las escalas. Cada una de las escalas es la más útil para asignar sujetos a clases de individuos, más que para un pronóstico individual. Sin embargo, también proveen datos útiles que pueden ayudar al clínico en varios aspectos de su evaluación, si se emplean junto con otros datos sobre el individuo.

La escala de psicopatología

Se comenzó a trabajar sobre esta escala en 1958-1959, y se dispuso de una forma preliminar de la escala en 1960; se la llamó en ese entonces La *Escala de* 19 *Factores,* atendiendo a la inclusión de 19 categorías que contribuían al puntaje final. Se obtuvieron coeficientes de confiabilidad de .91 y .93 en dos estudios donde se utilizaron pacientes hospitalizados, el primero con 20 pacientes psiquiátricos y el segundo con 169 casos de pacientes sordos y mentalmente retardados. Se alcanzó una diferencia significativa entre el grupo control bien ajustado y cada uno de los dos grupos de pacientes hospitalizados (al nivel .001). Los controles fueron

en cada caso adultos no hospitalizados, apareados en edad promedio y distribución de sexo (N = 50).

Continuando el trabajo con esta escala, tanto en la práctica clínica como en la investigación, se llegó a un refinamiento de punteo de las categorías y a una mejor selección de los factores del test. En su forma presente, la Escala de Psicopatología consta de 17 "factores" cada uno de los cuales, excepto uno, varía en valores de puntaje desde 10.0 (el más psicopatológico) al 1.0 (el menos psicopatológico). El factor Nº 2, Posición del 1er. dibujo, oscila entre un valor de 3.25 a 1.0. El puntaje máximo posible en la escala es 163.25, mientras que el mínimo posible es 17.0, con un rango máximo posible de 146.25. La presente escala está basada en estudios de evaluación de las siguientes poblaciones: normales (estudiantes de college seleccionados) (N = 80); psiconeuróticos (pacientes externos adultos) (N = 80); esquizofrénicos (pacientes internados heterogéneos) N = 100); orgánicos (pacientes internados heterogéneos) (N = 95). Las edades promedio eran comparables para los grupos de estudiantes y de neuróticos (E.M. = 21 años 5 meses); también se evaluó la inteligencia basándose en el Test Autoadministrable de Otis (C.I. = 119,4). Había igual número de varones y de mujeres en estos grupos. Los grupos de esquizofrénicos y de enfermos orgánicos eran comparables en edad promedio (E.M. = 28 años 7 meses para la población combinada), pero este promedio difería significativamente del promedio del grupo de estudiantes y del grupo de neuróticos. En lugar del C.I. para los grupos hospitalizados, nosotros usamos el grado más alto de escuela alcanzado, y sobre esta medida estos grupos no diferían significativamente (Grado Promedio = 13.7). Presumiblemente, había alguna diferencia en el promedio de inteligencia de los grupos hospitalizados y el de los otros grupos, pero a nuestro juicio esto no afectaba el Puntaje de Psicopatología significativamente. El sexo estaba también dividido uniformemente en el grupo de esquizofrénicos, pero hubo 3 varones más en el grupo orgánico.

La cuestión de la relación entre cualquier medida de psicopatología general y la inteligencia es desconcertante, particularmente cuando la medida de psicopatología depende, en algún grado, de factores de maduración, como lo hace nuestra propia medida. No necesitamos entrar en la complejidad de este tema excepto para señalar que tenemos razones para creer que para los adul-

tos que están dentro de un nivel promedio de inteligencia bajo hasta los que están en un nivel superior, nuestra medida no está determinada significativamente por la inteligencia; por ejemplo, la correlación para el grupo combinado de estudiantes y el grupo neurótico (N = 160) entre el puntaje de la Escala de Psicopatología y el C.I. Otis era .18. Esto parece tener poca importancia para evaluar el grado de la psicopatología. Por otro lado, el nivel intelectual puede ser mucho más importante en niños o en el caso de individuos mentalmente retardados. En el estudio de individuos sordos y retardados se obtuvo una correlación de .55 entre la Escala de Psicopatología Factor 19 y el C.I. extraído del Desempeño de Wechsler (informe de investigación Nº 43, 1964). Esta vez, un grado de inteligencia muy bajo y algunos aspectos del funcionamiento percepto-motriz parecían tener algún grado de correlación que si bien no era muy grande, tenía sin embargo alguna significación. Tal relación no debe considerarse sorprendente.

Ninguna de nuestras pruebas de significación de las diferencias entre varones y mujeres alcanzó el nivel de .01, pero había una leve tendencia en las mujeres a obtener puntajes psicopatológicos más altos. No está determinado si esto fue un producto de nuestro proceso de selección. Sin embargo, no creemos justificado hasta ahora presentar normas separadas para varones adultos y para mujeres.

Se están preparando informes más detallados de nuestros hallazgos de investigación para una publicación separada que ofrecerá una considerable cantidad de detalles concernientes a las características del grupo y a relaciones significativas. Sin embargo, en este capítulo presentaremos el fundamento teórico que sustenta la Escala, un resumen de la misma Escala y algunos datos normativos.

La Escala de Psicopatología intenta averiguar la severidad de la psicopatología, y esta evaluación se basa, principalmente, en su capacidad para discriminar significativamente entre *grupos de individuos* que presumiblemente difieren en la severidad de la psicopatología; desde los más severamente perturbados (esquizofrénicos) hasta los menos perturbados (normales). No debemos esperar que dicha escala discrimine necesariamente entre un grupo de esquizofrénicos y un grupo de enfermos orgánicos. Aunque por razones *a priori* debemos esperar que los enfermos orgánicos, generalmente, obtengan puntajes más altos que los esquizofréni-

cos en una medida de psicopatología basada en el funcionamiento percepto-motriz. Cada uno de los 17 factores de la Escala (con 1 excepción) se basa en el desempeño del examinado en *un número de items* del test y no en el desempeño en cada figura separadamente (como en la Escala de Pascal-Suttell, por ejemplo). Esto coincide con nuestra tesis general concerniente a la relación entre la severidad de la psicopatología y la capacidad para tolerar el stress. El desempeño general en el test sobre una serie de items puede producir una distorsión que se hace muy significativa, en tanto que distorsiones particulares en distintos items pueden encubrir, en vez de reforzar acumulativamente, la significación. Además, la selección de los factores del test, para comenzar, se basó en las características proyectivas reveladas en el desempeño de pacientes con tipos de problemas de personalidad conocidos, más que sobre medidas objetivas *a priori* de alguna desviación de la reproducción (en algunos casos simplemente porque éstas eran nítidamente observables o mensurables más que psicopatológicamente significativas). Similarmente, la definición del factor del test se derivó, en primer lugar, de aspectos proyectivos del desempeño confrontados con observaciones clínicas, más que de evaluaciones derivadas empíricamente (y no controladas clínicamente). Finalmente, tanto los factores como sus subvalores fueron controlados con diferencias conocidas de severidad de psicopatología, y tanto esta evaluación del item como la evaluación del puntaje total se estimaron como conducentes a un mejoramiento de la escala total. Se supone que cuanto más grande es el puntaje total, más grande es la severidad de la psicopatología general, y nuestras pruebas para hallar diferencias entre grupos tienden a sustentar esto.

La tabla 2 presenta un resumen de los factores del test, puntajes brutos (cuando son aplicables) y puntajes progresivos. Para una definición completa de cada factor, el lector debe remitirse a la discusión en el capítulo 5.

Tabla 2

LA ESCALA DE PSICOPATOLOGIA

Factor	Puntaje bruto	Valor en la escala
1. SECUENCIA		
Confusa o simbólica		10.0
Irregular		7.0
Sobre-metódica		4.0
Normal		1.0
2. POSICIÓN DEL 1er. DIBUJO		
Anormal	(ver criterios)	3.25
Normal	(ver criterios)	1.0
3. USO DEL ESPACIO. I		
Anormal	(ver criterios)	10.0
Normal	(ver criterios)	1.0
4. COLISIÓN	(ver directivas)	
Extrema	más de 2 veces	10.0
Moderada	ocurre 2 veces	8.5
Presente	ocurre 1 vez	7.0
Tendencia, extrema	más de 2 veces	5.5
Tendencia, moderada	ocurre 2 veces	4.0
Tendencia, presente	ocurre 1 vez	2.5
Ninguna colisión		1.0
5. CAMBIO DE LA HOJA		
En todas las figuras		10.0
En las figuras 1-2		5.5
En las figuras 3-8		7.0
Ninguna rotación		1.0
6. DIFICULTAD DE CIERRE	(ver criterios)	
Muy severa	9	10.0
Severa	6-8	7.75
Moderada	3-5	5.5
Leve	1-2	3.25
Ausente	0	1.0

Factor	Puntaje bruto	Valor en la escala
7. DIFICULTAD EN EL CRUZAMIENTO		
Severa	3 ó más	10.0
Moderada	2	7.0
Leve	1	4.0
Ausente	0	1.0
8. DIFICULTAD EN LA CURVATURA		
Severa	3	10.0
Moderada	2	7.0
Leve	1	4.0
Ausente	0	1.0
9. CAMBIO EN LA ANGULACIÓN		
En 5 figuras	(ver criterios)	10.0
En 4 figuras	(ver criterios)	8.0
En 3 figuras	(ver criterios)	6.0
En 2 figuras	(ver criterios)	4.0
En 1 figura	(ver criterios)	2.0
En ninguna		1.0
10. ROTACIÓN PERCEPTIVA		
Severa	80-180 grados	10.0
Moderada	15-79 grados	1.0
Leve	5-14 grados	4.0
Ninguna	debajo de los 5 grados	1.0
11. RETROGRESIÓN	(ver criterios)	
Severa	en más de 2 figuras	10.0
Moderada	en 2 figuras	7.0
Leve	en 1 figura	4.0
Ninguna		
12. SIMPLIFICACIÓN	(ver criterios)	1.0
Severa	en más de 2 figuras	10.0
Moderada	en 2 figuras	7.0
Leve	en 1 figura	4.0
Ninguna		1.0

Factor	Puntaje bruto	Valor en la escala
13. FRAGMENTACIÓN		
Severa	en más de 2 figuras	10.0
Moderada	en 2 figuras	7.0
Leve	en 1 figura	4.0
Ninguna		1.0
14. DIFICULTAD DE SUPERPOSICIÓN		
Severa	en más de 1 figura	10.0
Moderada	en 1 figura	5.5
Ninguna		1.0
15. ELABORACIÓN		
Severa	en más de 2 figuras	10.0
Moderada	en 2 figuras	7.0
Leve	en 1 figura	4.0
Ninguna		1.0
16. PERSEVERACIÓN	(ver criterios)	
Severa	en más de 2 figuras	10.0
Moderada	en 2 figuras	7.0
Leve	en 1 figura	4.0
Ninguna		1.0
17. REPASO DE LA FIGURA TOTAL		
Muy severa	4 ó más veces	10.0
Severa	3 veces	7.75
Moderada	2 veces	5.5
Leve	1 vez	3.25
Ninguna		1.0

Hemos comunicado ya (Hutt y Briskin, 1960) que obtuvimos las siguientes correlaciones de confiabilidad entre jueces para algunos factores de la Escala de 19 Factores, como se definieron y se midieron entonces: secuencia: .80; posición del 1er. dibujo: .90; dificultad de cierre: .69; cambio de curvatura: .51; cambio de angulación: .73; rotación: .70; retrogresión: .74; fragmentación: .70; simplificación: .71; perseveración: .96.

Estos resultados se obtuvieron con evaluadores no experimen-

tados y con una escala en la cual los juicios sobre algunos factores no fueron claramente definidos. Nosotros esperamos que nuestras definiciones y criterios más claros producirán un grado más alto de confiabilidad para los items individuales así como para el puntaje total. Los resultados que figuran en la tabla 3 se obtuvieron con dos jueces "experimentados" (habiendo punteado cada uno al menos 30 protocolos previamente) en la Escala de Psicopatología revisada. Los protocolos fueron los de 100 esquizofrénicos usados en nuestro desarrollo final de esta escala.

Tabla 3

CORRELACIONES PARA ITEMS Y PUNTAJE TOTAL ESCALA DE PSICOPATOLOGIA (N = 100)

Item		Item	
Secuencia	.88	Rotación Perceptual	.79
1er. Dibujo	.96	Retrogresión	.81
Uso del espacio I	.98	Simplificación	.76
Colisión	.84	Fragmentación	.82
Rotación del papel	1.00	Superposición	.79
Dificultad de cierre	.82	Elaboración	.81
Dificultad de cruzamiento	.83	Perseveración	.98
Dificultad de curvatura	.81	Repaso	.97
Cambio de angulación	.82	PUNTAJE TOTAL	.96

Es evidente que ha habido un considerable progreso en este tipo de confiabilidad para algunos ítems. Además la confiabilidad del puntaje total es también más alta y parece adecuada para muchos propósitos.

En la Tabla 4 presentamos las desviaciones promedio, y pruebas t de significación de la diferencia entre los promedios en cuanto al valor p.

Tabla 4

VALORES DE LA ESCALA DE PSICOPATOLOGIA PARA DIVERSOS GRUPOS

Grupo	M	D.S.	Comparación de Grupos. Valor p
1 Normales	33.8	3.2	1 y 2: $< .01$; 1 con 3 y 4: $< .001$
2 Neuróticos	57.8	5.6	2 y 3: $< .001$; 2 y 4: $< .001$
3 Esquizofrénicos	100.3	10.1	3 y 4: $< .05$
4 Orgánicos	103.8	11.4	

La Escala de Psicopatología parece tener valor para diferenciar grupos que difieren en la presunta severidad de la psicopatología, pero no discrimina claramente entre nuestro grupo de esquizofrénicos y nuestro grupo de orgánicos. Es interesante notar, sin embargo, que los orgánicos, como grupo, tienen un puntaje promedio psicopatológico más alto que los esquizofrénicos y que este grupo también tiende a tener un grado más alto de variabilidad que el de los esquizofrénicos. La probabilidad de que la escala pueda identificar a los neuróticos en comparación con los esquizofrénicos o el grupo orgánico se revela en el siguiente análisis. Si nosotros usamos un puntaje tope de 74.0, solamente el 3 por ciento del grupo neurótico se identifica equivocadamente como perteneciente al grupo esquizofrénico o al orgánico. Por otro lado, este puntaje tope identificará equivocadamente el 8 por ciento de nuestro grupo de esquizofrénicos como neuróticos. 74.0 parece ser un razonable puntaje tope si el problema es identificar esquizofrénicos. Esta escala no es particularmente útil para diferenciar entre severa psicopatología con daño orgánico y severa patología sin daño orgánico. Se sugiere que el puntaje de configuración y el análisis inferencial se usen para este propósito.

No tenemos datos de la Escala de Psicopatología en relación al retardo mental, aunque nuestra Escala de 19 Factores ofreció algunos hallazgos interesantes en un amplio proyecto sobre individuos sordos-retardados. En la sub-población usada en este estudio (Informe de Investigación Nº 43, 1964), con un N 201, el puntaje promedio para este grupo hospitalizado fue 95.78. La edad promedio para esta población era aproximadamente 23 años. Las medidas de inteligencia fueron difíciles de obtener y de evaluar a causa de la naturaleza de los problemas que tenía este grupo. Sin embargo, basado en varias medidas y estimaciones, el C.I. promedio fue probablemente alrededor de 60. Si nosotros relacionamos el puntaje de la Escala de 19 Factores con nuestra presente Escala de Psicopatología, el Puntaje Psicopatológico promedio sería aproximadamente 87. Así ellos parecerán tener un menor grado de psicopatología que nuestro grupo esquizofrénico, y un grado mayor de psicopatología que nuestro grupo neurótico. En 169 casos se obtuvo una correlación de .55 entre el puntaje en los 19 Factores y el C.I. medido por medio de tests de rendimiento seleccionados del WAIS y WISC. En esta población al

menos, parecería que el puntaje de psicopatología y el nivel de inteligencia no eran enteramente independintes.

La escala de presencia-ausencia

Esta escala utiliza diferentes aspectos del desempeño en la AHTGB en un intento para derivar una medida de conducta perceptiva de acercamiento-evitación. Se la denomina de presencia-ausencia, y no de acercamiento-evitación por diversas razones. Tenemos alguna razón para creer que, posiblemente, los individuos difieran en la medida en que característicamente se "alejan" desde el punto de vista perceptivo de la interacción con estímulos externos, o característicamente se "acercan" a tales estímulos; y además esa conducta perceptiva no está altamente correlacionada con otros actos de conducta de acercamiento-evitación. Y éste es el modo perceptivo que tiene interés. Nuestra experiencia en terapia de largo plazo sugirió que algunos individuos muestran poca repercusión al impacto de la experiencia terapéutica, mientras que otros individuos responden mucho a tales situaciones. Además, los individuos del primer tipo parecían perceptualmente resistentes a recibir las informaciones y en esta conducta no empleaban la negación como una defensa, antes bien, habiendo percibido el estímulo externo, fueron capaces de impedir que éste hiciera impacto en otros procesos centrales. En resumen, hemos concebido la presencia-ausencia perceptiva como un modo subyacente de adaptación en el cual, característicamente, los individuos difieren en el grado en que son más receptivos para la estimulación perceptiva (presente) o menos receptivos respecto de ella (ausente).

Si es posible concebir una inhibición de la entrada de información perceptiva, y distinguirla de otras defensas tales como repreción y negación, se puede inferir que esto debe representar algún sistema defensivo básico, probablemente aprendido, que influye en muchos aspectos del aprendizaje y adaptación. Nuestra presunción es que, aprendido por completo (y aprendido muy temprano en la vida), o producto de una combinación de factores constitucionales y aprendidos, el grado de presencia-ausencia perceptiva de un individuo se relaciona con el grado en el cual la experiencia (o, al menos, la mayoría de los tipos de experiencia)

puede producir cambio en la conducta encubierta y patente del individuo. Se deduce entonces que los individuos que están alto en presencia perceptiva probablemente responderán altamente a la mayoría de los tipos de experiencia, cambiando como consecuencia de ellas, mientras que aquellos que están alto en ausencia perceptiva probablemente no responderán a experiencias similares. Una medida de esta característica de la personalidad tendrá, por lo tanto, un significativo valor teórico, y tal medida proveerá, entre otras cosas, un medio para explorar las únicas clases de experiencias (o su grado de intensidad) que se requerirán para efectuar cambios significativos en modos básicos de conducta adaptativa por un lado, y aun cambiar el modo perceptivo, por el otro.

No es nuestro propósito en esta breve introducción a la medida de la presencia-ausencia perceptiva revisar la literatura relacionada con este concepto. Sin embargo, podemos referirnos brevemente a otras conceptualizaciones e investigaciones que sean relevantes. Para Freud, el mecanismo defensivo de represión es un medio primario para excluir de la conciencia una estimulación mental que podía, de otro modo, desorganizar la conducta (1933). No se demostró claramente cómo actuaba este mecanismo, pero han sido demostrados clínica y experimentalmente sus efectos al producir resistencia al material descubierto y doloroso y al inhibir algunas funciones mentales. Otros autores, desde entonces, han propuesto otras defensas relacionadas y modos de conducta que caracterizan los intentos de los sujetos para evitar el material doloroso. Así, Anna Freud propuso aislamiento, negación y formación reactiva (1937). Sullivan definió y discutió la operación de desatención selectiva al intentar explicar algunos aspectos del desarrollo de psicopatología (1953). Postwan (1953), y más tarde muchos otros, estudiaron el mecanismo de vigilancia en la operación de ciertas clases de conductas perceptivas. Schneirla, en una revisión profunda del análisis de la forma de actuar de procesos bifásicos "subyacentes" de acercamiento y retracción afirmó (1959): "Muchas evidencias muestran que en *todos* los animales el patrón de conducta típico de la especie se basa en mecanismos bifásicos funcionalmente opuestos, asegurando reacciones de acercamiento o retracción de acuerdo a si actúan estímulos de baja o alta intensidad respectivamente". El creía que el desarrollo adecuado de tal conducta aseguraba adaptación, sobreviven-

cia y finalmente un propósito en la conducta. Un concepto que está aún más estrechamente relacionado con el nuestro es el de Witkin y sus colaboradores (1962), quien demostró la importancia del campo-dependencia y campo-independencia sobre los que se podía diferenciar a los sujetos, y que se relacionaba con muchos aspectos básicos del funcionamiento de la personalidad. Pudieron así demostrar que los individuos campo-independientes (o como se los denominó también "articulados") eran menos dependientes de influencias externas para emitir juicios perceptivos y era también más probable que fueran más maduros. Más recientemente aún, un trabajo de Békésy (1967) explora exhaustivamente el papel de la inhibición en varios campos de la percepción sensorial.

Nosotros concebimos la presencia-ausencia perceptiva como un modo de responder al mundo como relativamente agradable o amenazador. Durante el período de la infancia, como consecuencia de experiencias traumáticas (debido a la intensidad o inconsistencia), algunos individuos desarrollan tendencias de respuesta ausente como una defensa contra una exposición más profunda a experiencias dolorosas. Una vez que este ciclo de maniobras de defensa ha sido desarrollado, tiende, a menos que prevalezcan circunstancias extraordinarias, a perpetuarse y a reforzarse. Por otro lado, el niño que tiene una serie de experiencias placenteras y no traumáticas tiende a desarrollar respuestas perceptivamente presentes, y se hace capaz de sacar más provecho de las diversas experiencias.

Basándonos en consideraciones como éstas, intentamos construir una escala de presencia-ausencia percepto-motriz. Al hacer esto, tuvimos que confiar en gran parte en observaciones generales de fenómenos de la AHTGB y sus relaciones, para conocer las características de la personalidad. Habiendo desarrollado tal escala y habiendo hecho algún trabajo preliminar con ella, luego procedimos a probar sus posibilidades predictivas como un medio de un más profundo refinamiento para nuestra medida y nuestro concepto. *No* esperamos encontrar un alto grado de correlación con manifestaciones abiertas de conducta de acercamiento-evitación, sino que más bien esperamos poder predecir el grado en el cual la medida perceptiva se relacionaba con complejos resultantes de la exposición a experiencias vitales significativas. Con esto nos adjudicamos una tarea difícil y podemos asegurar so-

lamente que nuestra medida parece ser prometedora. Presentaremos ahora la Escala de Presencia-Ausencia en su forma presente, y luego discutiremos los hallazgos de tres estudios en los cuales se evaluó esta escala.

La escala standard de presencia-ausencia. Se construyó primero una escala preliminar teniendo en cuenta las consideraciones anotadas abajo. Esta escala fue luego aplicada a un grupo de 30 pacientes sordos-retardados elegidos al azar con un promedio de edad de 24 años, como parte de un proyecto más amplio que involucraba la identificación y educación de individuos internados sordos-retardados (Comunicación de Investigación Nº 43). Basada en los hallazgos de esta fase del estudio, la escala fue revisada, tanto en cuanto a la selección de items como en la definición de éstos. Estos hallazgos, junto con otros, se presentan en la próxima sección de este capítulo. La Escala Reformada para Presencia-Ausencia Perceptiva se presenta en la Tabla 5.

Tabla 5

ESCALA REFORMADA PARA PRESENCIA-AUSENCIA PERCEPTIVA

SECCIÓN A. DIRECTIVAS PARA EL PUNTEO

1 Usando la Fase de Copia de la AHTGB, computar los dibujos en cada uno de los siguientes factores, encerrando con un círculo el valor que es relevante para ese factor.
2 A cada factor se le asigna un valor de + 2 a —2, o de valor máximo en presencia hasta valor máximo en ausencia.
3 El *Puntaje Presencia-Ausencia* es el número algebraico total de los puntajes marcados con un círculo. El Puntaje Correcto es este total más la constante 20.
4 Use la Tabla 1, Capítulo 5, para determinar los límites de altura y anchura aplicables a las figuras del test.

SECCIÓN B. DEFINICIONES Y VALORES PARA FACTORES PRESENTE-AUSENTE

Valor Factores Relacionados al Espacio y Tamaño

— 2 Espacio 1. Tres o más de las figuras están por *debajo* de los límites *ya sea* para altura o ancho como se indica en la Tabla 1.

— 2 Altura 2a. Una o 2 figuras están *por debajo*, en altura, de los límites correspondientes, como se indica en la Tabla 1.

— 2 2b Tres o más figuras están *por debajo*, en altura, de los límites indicados en la Tabla 1.

+ 1 Uso de la Hoja. Emplea más de tres cuartas partes de la hoja para los dibujos.

Factores Relacionados con la Organización

Secuencia (Definida en cuanto a la variación o cambio de la secuencia precedente de figuras. Así, cuando la secuencia precedente está en el plano horizontal y de izquierda a derecha, se cuenta una variación en la secuencia cuando la próxima figura se coloca debajo, arriba, o a la izquierda de la figura precedente. Se deben permitir, por supuesto, variaciones naturales, como cuando se llega al borde de la hoja).

+ 1 4a Secuencia Metódica. Menos de 3 cambios.

— 2 4b Secuencia Irregular o Confusa. Es *irregular* cuando ocurren 3 o más *variaciones*. Es *confusa* cuando no hay plan aparente o cuando las figuras están obviamente mezcladas en la hoja.

Colocación de la 1ª Figura

+ 2 5a Colocación Normal. Por lo menos a 2,5 cm. del margen superior o costado de la página y dentro del tercio superior de la hoja.

— 2 5b Colocación Anormal. Cualquiera de las siguientes: a menos de 2,5 cm., de cualquier margen; centro de la figura: a menos de 2,5 cm., del centro de la página; el centro de la figura está debajo del tercio superior de página.

Factores Relacionados a Cambio de Forma de la Gestalt

Dificultad de Cierre: Definida como *dificultad obvia* en la unión de una figura —como cuando hay discontinuidad en la línea del círculo o el rombo— o la unión en el ápice no es adecuada —o dificultad obvia en el

punto de la unión de figuras contiguas—. La dificultad se puede manifestar por cualquiera de las características descriptas en el capítulo 5. Las figuras 1, 3, 5 y 6 *no* se computan para la dificultad de cierre. No se computan más de 2 dificultades de cierre para una sola figura).

+ 1 6a Dificultad de Cierre Moderada. No más de 5 dificultades de cierre.

— 2 6b Marcada Dificultad de Cierre. Seis o más dificultades de cierre.

Dificultad de Cruzamiento (Definida como repaso, bosquejo, borradura, o aumento de presión en el punto donde las líneas se cruzan en las figuras 6 y 7. Nótese que pueden ocurrir 2 dificultades de cruzamiento en la figura 7. Nótese también que cuando la figura 6 se dibuja como 2 curvas tangenciales esto *no* se computa como dificultad de cruzamiento).

+ 1 Ninguna Dificultad de cruzamiento.

— 2 7b Marcada Dificultad de cruzamiento: *Dos o más dificultades de cruzamiento.*

Cambio en la Angulación (contado en las figuras 2, 3, 5, 6 y 7 cuando hay un aumento o una disminución en la angulación de *15 grados* o más).

+ 2 8a Angulación Aumentada, Marcada. Presente en 3 más figuras.

8b Angulación Aumentada, Moderada. Presente en 1 ó 2 figuras.

— 2 8c Angulación Disminuida, Marcada. Presente en 3 o más de las figuras.

Factores Relacionados a Distorsión

Rotación (Definida como una variación o rotación de la figura —no del papel— de la orientación standard en la tarjeta).

+ 2 9a Rotación, Ausente o Leve. Ninguna rotación de más de 14 grados en *cualquiera* de las figuras.

— 2 9b Rotación, Severa. Rotación de más de 80 grados.

Fragmentación. (Ruptura de la Gestalt en sus partes componentes, o grosera separación de las 2 partes de las figuras A, 4 y 7).

+ 2 10a Ninguna Fragmentación Presente.

— 2 10b Marcada Fragmentación. Presente en 2 o más de las figuras.

Simplificación. (El uso de una figura "Sustituta" que es más simple para dibujar o ejecutar, de *otro modo que por fragmentación,* o haciendo figuras simétricas de figuras asimétricas).

+ 1 11a Ninguna Simplificación Presente.

+ 1 11a Ninguna Simplificación.

— 1 11b Moderada Simplificación. En 1 ó 2 figuras.

— 2 11c Marcada Simplificación. En más de 2 figuras.

Elaboración (cualquier elaboración o garabateo).

+ 1 12a Ninguna Elaboración.

— 2 12b Marcada Elaboración. En más de 2 figuras.

Se notará que en los 3 factores (Altura, Angulación, Simplificación), el evaluador puede marcar con un círculo uno de los 2 grados de presencia-ausencia, pero *el puntaje máximo* para cualquier factor puede ser solamente *+ 2* o *— 2.* Así los puntajes no corregidos pueden oscilar entre + 14 y — 21. *El puntaje corregido* se obtiene agregando + 20 al número algebraico total. Esto se hace para eliminar puntajes negativos.

Hallazgos en la Población de Sordos-retardados. En este estudio (Hutt y Fenerfile, 1963) se hizo un análisis preliminar y una evaluación cruzada.

En el estudio preliminar, se seleccionaron 30 casos al azar de la población total de aproximadamente 200 pacientes. Se computó la Fase de Copia de los protocolos de la AHTGB de estos sujetos por referencia a la forma preliminar de la Escala de Presencia-Ausencia, y estos protocolos fueron luego separados en 2 grupos: 15 casos relativamente altos en presencia y 15 casos relativamente altos en ausencia. Para probar la validez de la medida de presencia-ausencia, estos dos grupos fueron comparados sobre seis criterios, presumiblemente relacionados con la hipótesis general de que los individuos más presentes mostrarían un funcionamiento intelectual e interpersonal más efectivo que aquellos situados más cerca del extremo "ausente" de la escala. Recuérdese que nosotros estábamos trabajando con una población altamente seleccionada en el extremo más bajo de la escala de inteligencia, y que este hecho tendería a atenuar posibles hallazgos positivos.

Dejando de lado tales limitaciones, todas excepto una de las pruebas mostraron ser muy significativas, como lo indican los datos de la tabla 6.

Tabla 6

UNA COMPARACION DE INDIVIDUOS QUE DIFIEREN EN PRESENCIA-AUSENCIA

Promedios, t y p para 6 Variables de Criterios *

Criterio Variable	Alto Presente Grupo N=15	Alto Ausente Grupo N=15	t	p
Puntaje en la AHTGB de Psicopatología	70.1	130.4	13.33	<.01
Número de orden en Psicopatología	2.0	3.2	3.33	<.01
C.I. Goodenough bueno	70.6	44.9	4.33	<.01
Deterioro	3.1	4.1	2.86	<.01
Edad de admisión en el Hospital	175.9†	120.6	2.24	<.02
Tiempo de hospitalización	112.1	147.8	1.20	>.05

Todas las diferencias están en la dirección esperada, pero una (tiempo de hospitalización) no alcanza frecuentemente un nivel aceptable de significación estadística. Los datos indican que nuestra medida de presencia-ausencia discrimina, para este grupo altamente restringido, los lineamientos de nuestra conceptualización *a priori*. La presencia está aparentemente relacionada con un ajuste más efectivo y se puede inferir que se relaciona con la capacidad para hacer un uso más efectivo de la propia experiencia.

En un estudio de evaluación cruzada, se usó el resto de la población experimental. Se conservaron cuatro de las variables

* Para todas las variables de personalidad, los puntajes más altos indican un mayor grado de psicopatología.

† Edad en meses.

de criterio usadas en la primera fase del estudio y se agregaron tres; pero nuestro análisis se limitará a dos de estos tres criterios adicionales (ya que uno no es directamente pertinente a nuestra presente discusión). Además se presentan análisis separados para varones y mujeres, ya que 1) otros datos de esta investigación indicaban que las mujeres tendían a mostrar más psicopatología que los varones, y 2) había diferencias en puntajes de presencia-ausencia entre mujeres y varones para esta población. Se usó una forma modificada de la escala de presencia-ausencia (como se presenta en la tabla 5). Se hizo una prueba adicional para ver la posible relación entre la edad y el puntaje de presencia-ausencia. Se obtuvo una correlación de .09 entre estas variables, que no era estadísticamente significativa. En el presente análisis comparamos los promedios en puntajes corregidos de presencia-ausencia de los grupos de varones y mujeres que están dentro del 25 por ciento superior de la distribución en cada una de las variables de criterio, pues algunas de ellas son o no continuas o no normalmente distribuidas. La tabla 7 presenta nuestros hallazgos.

Tabla 7

PROMEDIOS PRESENCIA-AUSENCIA Y DIFERENCIAS PARA GRUPOS EXTREMOS EN 6 VARIABLES DE CRITERIO

Variable	Sexo	Promedio Grupo Alto	Promedio Grupo Bajo	t	p
Número de orden en	M	14.6(16)*	17.3(16)	2.39	<.02
Psicopatología	F	12.3(10)	15.9(10)	2.04	<.05
C. I. Goodenough	M	21.5(16)	11.4(16)	4.41	<.01
	F	16.4(12)	8.6(12)	3.63	<.01
Número de orden en	M	14.7(18)	14.8(18)	.14	>.25
deterioro intelectual	F	9.9(10)	14.4(10)	3.21	<.01
Edad de admisión	M	16.4(23)	12.5(23)	2.68	<.01
	F	17.3(13)	8.5(13)	4.90	<.01
C. I. del Desempe-	M	20.4(15)	11.2(15)	4.47	<.01
ño en el Wechsler	F	16.6(11)	9.0(11)	3.76	<.01
Número de orden en	M	22.6(23)	15.0(23)	3.45	<.05
hostilidad manifiesta	F	13.9(13)	12.0(13)	.95	>.05

* Los números entre paréntesis representan el número en cada grupo.

Como se presumía, los individuos que tienen un grado alto de psicopatología tienden a estar más ausentes que aquellos que tienen un promedio bajo, considerando que las diferencias son significativas en vista de la limitada validez de las evaluaciones de psicopatología. Como se predijo, la presencia está asociada con un mejor desempeño intelectual en las escalas de Goodenough y Wechsler, siendo los hallazgos altamente significativos. No obtuvimos una diferencia significativa para los varones en promedio de deterioro intelectual, pero sí la obtuvimos para las mujeres. Esta discrepancia resulta coherente con las impresiones del personal clínico del proyecto de sordos-retardados: que la población masculina estaba mucho menos deteriorada en su funcionamiento que la población femenina y que la evaluación de los varones tenía una más baja confiabilidad. Aparentemente la edad de admisión es altamente significativa en relación con la presencia-ausencia: aquellos que fueron internados antes eran más ausentes. Nuestros hallazgos en cuanto a la proporción de hostilidad son difíciles de interpretar, no sólo porque son inconsistentes, sino también porque esta variable-criterio demostró tener muy limitada validez, si se compara con otros datos obtenidos en la investigación.

Aparentemente hay algún grado de relación entre nuestra medida de presencia-ausencia, por un lado, y psicopatología e inteligencia, por el otro. Se obtuvo una correlación de .69 en 114 casos entre nuestro puntaje de la AHTGB en psicopatología y nuestro puntaje de presencia-ausencia. Esto no es incoherente con nuestra conceptualización acerca de que los individuos ausentes tenderán a ser más desajustados. Sin embargo, la relación dada no es suficiente como para considerar que estas medidas sean significativas por separado. Se obtuvieron varias correlaciones entre medidas de inteligencia, que oscilaban entre 0.28 y 0.73, para diferentes muestras de esta población. Es esperable que los individuos con presencia más elevada tenderán a ser evaluados y a funcionar como más inteligentes, o estar menos deteriorados intelectualmente. Hay suficiente no-relación entre tales medidas, sin embargo, para indicar que algunas funciones diferentes están siendo encubiertas.

En general, los hallazgos de ambas fases del estudio de sordos-retardados sugieren que la escala de presencia-ausencia nos permite hacer predicciones bastante adecuadas con respecto a

nuestra hipótesis principal, y que esta escala contiene, posiblemente, una significativa promesa.

Otras dos pruebas del potencial predictivo de la escala se anuncian brevemente como sugestivas más que como concluyentes. El lector interesado podrá examinar los datos en publicaciones de investigación que se están preparando.

La primera de éstas concierne a la predicción del "movimiento" en psicoterapia; se pensó que aquellos que estaban más alto en presencia tenderían a sacar un mayor provecho de una terapia dinámica que aquellos que estaban más alto en ausencia. De mi propia población de casos de terapia, yo seleccioné aquellos individuos que variaban en edad entre los 18 y los 35 años al comienzo de la terapia y de los cuales poseía evaluaciones del grado de cambio terapéutico. Hubo 42 casos en total. A todos ellos se les había tomado la AHTGB durante los primeros niveles del programa terapéutico. La escala de evaluación involucraba juicios globales concernientes a: mejoría sintomática, funcionamiento del ego, grado de madurez, y ausencia de ansiedad psicopatológica. Cada uno de ellos fue evaluado sobre 7 puntos de la escala y luego se promediaron los puntajes. Los puntajes de la escala Presencia-Ausencia se obtuvieron independientemente de cualquier conocimiento de estas evaluaciones, para evitar una posible contaminación. Mi prueba de eficacia de la medida de presencia-ausencia fue la capacidad de discriminar entre el tercio superior y el tercio inferior (N 14 en cada grupo) en cambios psicoterapéuticos generales. Los hallazgos se presentan en la Tabla 8.

Tabla 8

PROMEDIO Y VALORES P PARA PUNTAJES PRESENCIA-AUSENCIA DE LOS DOS GRUPOS EXTREMOS DIFERENCIADOS EN CAMBIO TERAPEUTICO

Grupo alto en cambio terapéutico (N = 14)	Puntaje P-A promedio 29.7
Grupo bajo en cambio terapéutico (N = 14)	Puntaje P-A promedio 23.9

P para diferencia promedio = .01

Este hallazgo significativo está limitado por muchas consideraciones. No se hizo ningún intento para controlar otros factores

que aquellos que ya señalamos, tales como grado inicial de psicopatología, motivación para cambio terapéutico, edad y similares. La distribución por sexo, en los dos grupos, era más o menos igual; con 8 mujeres en el grupo alto y 7 mujeres en el grupo bajo. Lo que parece indicar alguna promesa para la medida de presencia-ausencia es que discriminaba eficazmente entre estos dos grupos "extremos". Esto tiende a sustentar la noción de que los sujetos con alta "presencia" pueden aprovechar mejor, al menos, este tipo de experiencia.

La presentación final de hallazgos concierne a las diferencias presencia-ausencia entre dos grupos de pacientes esquizofrénicos hospitalizados. De entre una población de 100 pacientes seleccioné los protocolos AHTGB de aquellos que habían sido hospitalizados por menos de 6 meses y aquellos que habían sido hospitalizados por más de 5 años. Yo deseaba probar el poder de la Escala Presencia-Ausencia para diferenciar entre estos dos grupos, partiendo de la suposición de que quienes habían sido hospitalizados por un período prolongado probablemente fueran más incapaces de aprovechar la experiencia (y cambiar) que aquellos que habían sido hospitalizados por menos de 6 meses y luego dados de alta. Obviamente, los dos grupos deben haber diferido en la severidad de la psicopatología, entre otras cosas. Sin embargo, si lograba encontrar diferencias entre nuestros dos grupos en la dirección esperada (que el grupo dado de alta estaría más alto en presencia), tendría fundamentada razón para creer que nuestra medida tiene algún posible valor en relación a nuestra teoría general.

Pude encontrar 22 casos con hospitalización más allá de 5 años (13 varones y 9 mujeres), y seleccioné 20 de ellos, excluyendo 2 varones. Pude también encontrar 12 casos con menos de 6 meses de hospitalización, incluyendo 6 varones y 5 mujeres. De nuevo no se hizo ningún intento para controlar otros posibles factores significativos, tales como inteligencia y nivel socio-económico, que podían influir en los resultados. Sin embargo, en ese momento, estábamos todavía interesados solamente en la tendencia general de la Escala Presencia-Ausencia para hacer predicciones coherentes con mi opinión teórica. Encontré que el grupo con larga hospitalización tenía un puntaje promedio de Presencia-Ausencia de 18.1, mientras que el grupo con corta hospitalización tenía un

puntaje promedio de 22.6. La diferencia entre los promedios era significativa al nivel .01, y en la dirección esperada.

Tomo estos tres grupos de hallazgos como sustento de la posibilidad de que el concepto de presencia-ausencia perceptiva tiene algún mérito y que mi medida relativamente tosca de él ofrece una promesa particularmente para propósitos de investigación y teóricos. Como ya he indicado, puede tener también algún valor en el trabajo clínico si se usa junto con otros hallazgos significativos sobre el individuo. Parecen indicados un refinamiento del concepto así como de la medida. Primordialmente, se necesita alguna verificación específica experimental, así como también más datos normativos generales para poblaciones clínicas y no-clínicas.

Capítulo VIII

CASOS ILUSTRATIVOS: PROTOCOLOS PSICOTICOS

El material que hemos de presentar en los capítulos 8 al 12 intenta ejemplificar los métodos y problemas que se han discutido previamente. Los casos fueron extraídos de la edición anterior de este libro, por lo cual tal vez interese al lector hacer comparaciones de los factores del test en cuanto a sus re-definiciones.

El tratamiento del material en estos capítulos varía. En algunos capítulos sólo se da el material de la fase de copia de la AHTGB, junto con resúmenes de diagnósticos clínicos. En los otros se presentan y discuten datos adicionales de la AHTGB y se da una consideración más detallada a otros hallazgos psicométricos y clínicos. Es de esperar que esta presentación variada de datos de la AHTGB indique algunos de los posibles modos en que puede utilizarse ese material. Algunas veces en el trabajo clínico no hay tiempo suficiente para obtener un protocolo completo de la AHTGB, y no se puede realizar un elaborado análisis clínico. El caso más corto indicará qué se puede hacer con una limitada cantidad de datos y con un limitado tiempo de análisis.

Es de esperar, por supuesto, que algunos investigadores desearán puntuar la AHTGB de acuerdo con algún esquema tal como el de Pascal-Suttell (1951), o de acuerdo con algunos métodos como aquellos revisados en los capítulos 2 y 5 del presente libro. Un punteo como éste tiene importantes funciones, sobre todo en estudios de investigación, pero no tiene la utilidad que sería de desear en un cuadro clínico particular. Además un puntaje general, basado en algún tipo de resumen de todos los factores del test, es probablemente menos útil que un puntaje o series de puntajes destinados a probar hipótesis específicas.

Nuestra discusión en el capítulo 2 señaló los valores especiales de estudios como los de Byrd (1956), Clawson (1959) y Story

(1960) en los cuales se probaron hipótesis específicas con respecto a un paciente particular. Por ejemplo: ¿hay indicios de un factor orgánico para este paciente, o hay evidencias de un proceso psicótico, o es éste un caso de simple retardo mental o un caso con conflictos emocionales que han producido severa inhibición cognoscitiva...? Lo que sigue brindará suficientes ejemplos como para permitir a cada investigador examinar los datos de la AHTGB, en función tanto de hipótesis muy circunscriptas como de los problemas generales de personalidad.

Presentaremos ahora dos casos en cuyo análisis se acentuaron aspectos distintos. El primero se presentó a uno de los autores para un análisis "a ciegas", como parte de un estudio clínico y de investigación. El informe que fue suministrado indica los principios y métodos del *análisis inferencial* discutido en el capítulo 6. Este primer caso es también interesante porque involucra un individuo cuyo diagnóstico psiquiátrico era muy complicado y los problemas de diagnóstico diferencial eran, por lo tanto, de considerable importancia. Llamaremos a este primer caso "caso A". El segundo caso, el de un esquizofrénico bien típico, se presenta con una diferente orientación. En este caso, deseamos ilustrar algunos de los fenómenos que son característicos de los protocolos AHTBG y simplemente llamar la atención respecto de la presencia de algunos factores del test y con respecto a hallazgos configuracionales. Llamaremos a este caso "B".

CASO "A"

En la lámina 4 se presenta el protocolo de la AHTGB de un individuo de 25 años. El protocolo forma parte de una evaluación psicológica, y se le dio luego a uno de los investigadores presentes solamente con la información contenida en el primer párrafo del informe. La interpretación se repite como se presentó y publicó en el volumen de Shneidman (Hutt, 1951). Siguiendo el resumen comentaremos los problemas que presenta este protocolo y los hallazgos clínicos y terapéuticos que se publicaron y resumieron en el volumen de Shneidman.

No será nuestro propósito discutir los tipos de clasificaciones que uno debe tener en cuenta para discutir este protocolo, clasificaciones que debían surgir de una situación que el intérprete ignora, tales como la naturaleza del ambiente en el cual fue admi-

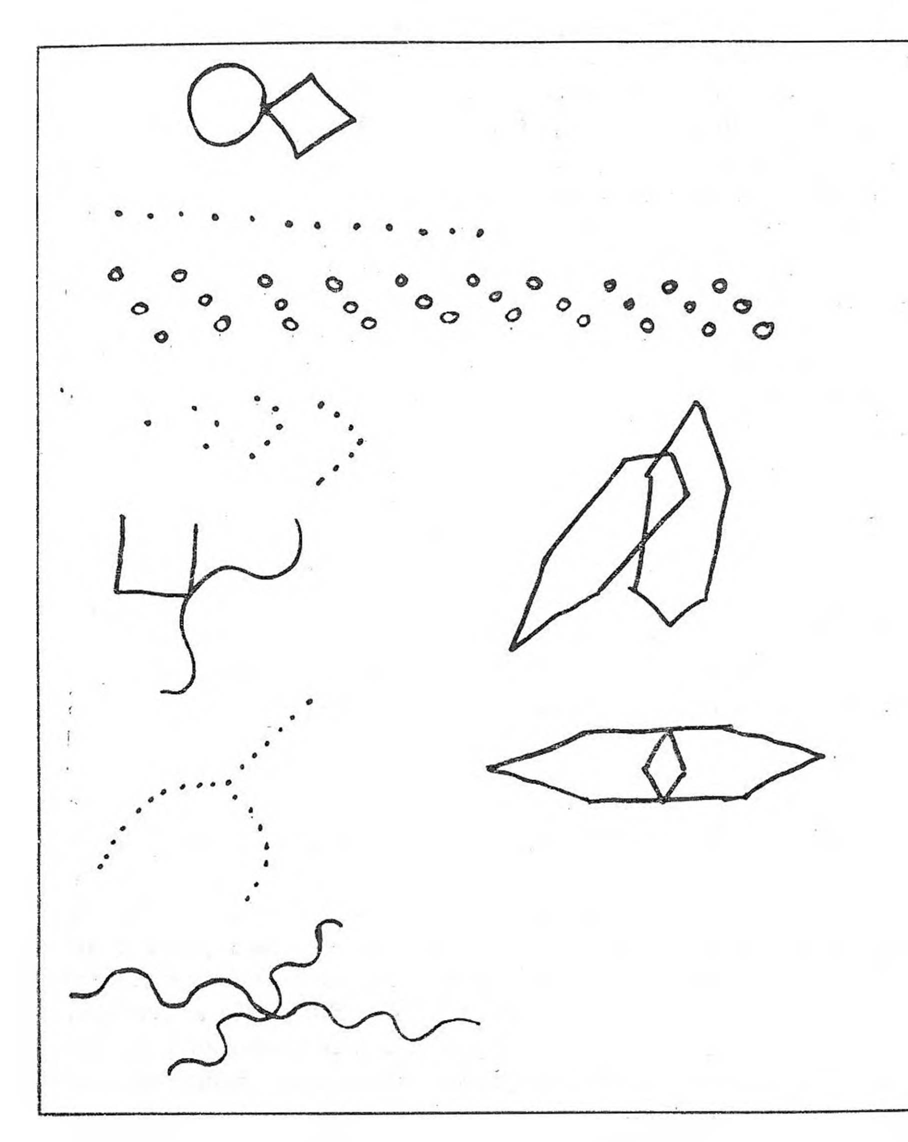


Lámina 4. Un protocolo psicótico.

nistrado el examen, la secuencia del test y/o terapia que le precedieron, la naturaleza de la relación interpersonal y similares. Este intérprete tuvo los siguientes datos a su disposición: el protocolo del test (reproducciones fotográficas), y algunas notas muy breves sobre métodos del trabajo (ambos están incluidos con este protocolo de interpretación); y estos datos limitados de identificación: edad, 25 años; sexo, masculino; estado civil, soltero; educación, colegio secundario (High School); mano que usa, izquierda; ninguna limitación física importante.

Nuestra primera inspección "general" del protocolo del test revela lo siguiente: los dibujos están ordenados en una secuencia "correcta" desde A, el dibujo introductorio, hasta 8, el último dibujo, y el paciente "alinea" sus dibujos a lo largo del margen izquierdo, hasta que llega al pie de la hoja; entonces procede a "completar el espacio disponible", poniendo el dibujo 7 a la derecha y abajo el dibujo 2, y a éste le sigue, en secuencia y en el plano vertical, el último dibujo.

Notamos que el dibujo "A" tiende a estar colocado levemente a la derecha de los próximos 6 dibujos que le siguen. Nuestras primeras impresiones son: este individuo tiene fuertes necesidades compulsivas de orden, tendiendo a una especie de ritual compulsivo, pero trata de negarlo (la posición aberrante del dibujo "A", más el comentario del examinador sobre este dibujo: "lo dibuja rápido, sin dudar"), y está oprimido por algunos sentimientos (probablemente) generalizados de ansiedad y (más específicamente) de inadecuación personal (se inclina hacia el margen izquierdo y está "constreñido" a usar todo espacio disponible en esta hoja).

En primer término ponemos esta pregunta a consideración: "¿Qué intensidad presenta, cuál es el origen de la ansiedad y cuál es su defensa?"

Podemos especular, a partir de su uso del espacio, que el sujeto intenta de algún modo "contener" su ansiedad; ej.: no puede tolerarla por un largo tiempo o en grandes cantidades y uno de los rasgos de su funcionamiento de adulto joven es la necesidad de control. Tomadas juntas, la compulsividad, la contención de la ansiedad y la necesidad de control, ofrecen la primera inferencia general: el superyó es muy estricto.

Permítasenos interrumpir el análisis formal en este punto para revisar algunas características de nuestro método de inter-

pretación, ya que hemos intentado demostrar así la característica de nuestra técnica para el análisis del test. Examinamos dos rasgos principales del protocolo del test: acomodación espacial (secuencia) y uso del área total del espacio. Correlacionamos el orden extremo de la secuencia con el funcionamiento compulsivo (basado en hallazgos normativos en la atención de adultos jóvenes) y el extremado uso del margen con ansiedad (también un hallazgo clínico normativo). Estas se consideran formulaciones *tentativas* hasta ahora, que luego deben ser confirmadas, modificadas o rechazadas a la luz de un análisis subsiguiente.

Notamos también que el "lugar" de la figura "A" estaba levemente desviado de los otros (en el uso del margen) y consideramos el comentario del examinador que observó el apresuramiento del sujeto al dibujar y ofrecimos la implicancia "pero trata de negarlo" (sus necesidades de control). Luego, utilizando nuestro conocimiento general de patología (o más bien de la dinámica de la personalidad), tratamos de especular con respecto a estas manifestaciones clínicas y ofrecimos la *inferencia*: el superyó es muy estricto. Este, en resumen, es nuestro método para analizar las características, necesidades, defensas, síntomas y función. El test es una muestra de la conducta no verbal y percepto-motriz del individuo. Por lo tanto tiene una validez intrínseca, como una representación de la conducta adaptativa del paciente en el momento. Utilizamos nuestros datos normativos como medios de interpretación, como muestra particular de este individuo específico. Algunos de los medios pueden parecer contradictorios, otros pueden complementarse y confirmarse mutuamente. La tarea clínica es hallar el significado no sólo de las sugerencias que brinda el protocolo, sino también de sus relaciones y, apelando al marco de referencia, válido para todos los seres humanos de una población similar (ejemplo: los dinamismos de la personalidad de adultos jóvenes, norteamericanos, blancos y graduados en el colegio secundario, en este caso), predecir el tipo de personalidad subyacente que puede ser responsable de esta producción total.

Retornando ahora al protocolo del test examinamos la figura "A" más cuidadosamente. El tamaño es levemente más pequeño que el original. El eje horizontal de la figura está un poco rotado en el sentido de las agujas del reloj. Esto sugiere: temor (actitud auto-crítica), y reacción depresiva, respectivamente. Ambas figuras son de tamaño proporcionado (no hay reacción específica exa-

gerada ni al símbolo masculino ni al femenino), pero quizás la moderada rotación del eje horizontal de la figura total se debe a una reacción específica (miedo de, hostilidad hacia, o falta de identificación con el progenitor varón o un sustituto).

La última posibilidad, o un derivado de ella, se sustenta por la dificultad para "unir" las dos figuras (unión de las figuras exagerada, repasada, sobre-enfatizada). Este punto es más probablemente significativo si consideramos la velocidad del paciente al dibujar y en vista de los lados del cuadrado, aparentemente impulsivos y cóncavos.

La figura 1, los doce puntos, también está dibujada rápido, con "no verificación del número de puntos", como anota el examinador.

El número de puntos es correcto (confirma la necesidad de exactitud del paciente, es decir, sus rasgos compulsivos), pero la línea de puntos es ondulada, los puntos están llenos, y en algunas partes son desiguales en tamaños e intensidad. Aquí, otra vez, encontramos el dilema propuesto arriba: el paciente es compulsivo pero intenta negarlo. Para una persona que ordena el dibujo sobre la página tan metódicamente, esta "falta de cuidado" en la alineación y tamaño de los puntos, es chocante. Quizás percibe la tarea de la figura 1 como demasiado simple para requerir un cuidadoso esfuerzo.

Su tendencia a "apurarse" en todos los dibujos sugiere: impulsividad o una actitud despectiva hacia el test o tensión interna que está aflorando. El hecho de que los puntos estén hechos con pesadez y desigualdad sugiere que es la última alternativa la que se adecua mejor. Inferencia general: alto nivel de aspiración en un individuo tenso incapaz de aceptar experiencias simples como no desafiantes. Es también digno de notar que los puntos tienden a seguir una dirección hacia abajo, lo que es indicio de reacción depresiva.

La figura 2, las diez columnas diagonales de círculos, ofrece una evidencia más profunda de la marcada variabilidad que comienza a parecer característica de este paciente. El examinador anota: "Verifica el número de hileras (es decir, columnas), hasta dos tercios más o menos". Nosotros notamos que los ángulos de las columnas de puntos difieren (ángulo obtuso respecto de la vertical), con una corrección hacia el final. La figura entera está exagerada en el plano lateral. Sumados, estos hallazgos indican una

fuerte necesidad de relacionarse con los demás, pero dificultad para establecer tales relaciones. La orientación de la primera columna es correcta, así que la variación en la "angulación" no es una simple dificultad perceptiva. El paciente traza un número correcto de columnas, pero varía en la angulación y en la colocación de las mismas. Tenemos evidencias, entonces, de la presencia de considerable tensión interna con un intento de negar su existencia. ¿Cómo explicaremos la aparente contradicción entre la necesidad de orden y control y la velocidad y variabilidad del desempeño? Las defensas compulsivas no funcionan eficazmente. Además de la postulación de su impulsividad debemos agregar algunos mecanismos que le permiten reaccionar así emocionalmente, por ejemplo violentamente. Esto es especialmente necesario en vista de la tendencia a la colisión (figuras 1 y 2). Pensamos por lo tanto en un mecanismo de *acting out,* mecanismo en el cual los controles del ego están bloqueados (cesación de la función, temporalmente) y la impulsividad regresiva irrumpe. Si éste es el caso, en realidad, podemos argüir que las demandas del superyó pueden ser dejadas de lado, la culpabilidad es temporariamente superada sólo para volver luego con una mayor intensidad, una vez que el ego es capaz de vigilar la transgresión. Esto debe satisfacer, por consiguiente, las necesidades masoquistas del paciente (para expiar su culpabilidad) y así sirve para un propósito doblemente útil. Otra posibilidad, que nos gustaría considerar, es la de episodios psicóticos, pero no hay evidencia para ello en este protocolo (no hay indicación de procesos psicóticos en el protocolo), así que quedamos con la explicación más parca ya dada.

La figura 3 está alargada lateralmente, una indicación más profunda del intento del paciente para relacionarse con otros. La disociación de las partes de la "cabeza de flecha" sustenta la posibilidad, ya vista, de un mecanismo de *acting out.* La orientación hacia abajo y hacia la izquierda de la figura también sugiere reacciones depresivas. El correcto número de puntos y la intensidad de los puntos sugiere: ordenamiento (o sea, rasgo compulsivo) y tensión interna. La forma es adecuada, aunque otra vez, en el segmento de cinco puntos se revela "sello" de impulsividad. El aumento en la dimensión horizontal de la figura se acompaña de una disminución de la dimensión vertical. ¿Teme el sujeto a figuras autoritarias. . . ?

En la figura 4, el paciente ha aumentado los lados verticales

del cuadrado abierto (no hay anotaciones del examinador) ; esto se deduce de las "rupturas" ocurridas en ambas líneas verticales. Su reacción ante figuras autoritarias se puede inferir ahora más completamente: es hostil con dichas figuras; incapaz de expresar su hostilidad directamente, reacciona o simbólicamente o impulsivamente.

En función de la hipótesis de *acting out*, lo primero es más probable. La porción curva de esta figura está ampliada, achatada en el medio, y revela una característica impulsiva en el extremo superior. Ahora podemos inferir que su mayor identificación es con la figura femenina, que está percibida como más masculina (dominante, agresiva) que femenina y reacciona ante ella abiertamente con antagonismo. Es interesante que la porción superior de la figura curva corresponde bastante bien a su posición en la tarjeta estímulo, y es al menos tan alta como las líneas verticales. Aquí se puede pensar que su madre (o sustituta), era psicológicamente más fuerte que su padre, o al menos eso le parecía a él; le gustaría usar a su madre (o a las mujeres) para desafiar a su padre (o a los hombres). La coloración depresiva del trabajo del paciente en la figura 5 es patente (orientación de la figura total en el sentido de las agujas del reloj). La línea de puntos proyectante le resulta difícil; la coloca hacia la mitad de la circunferencia del "semicírculo" de puntos, aunque está fuera de centro en el estímulo.

Aparte de esto, los otros rasgos del dibujo son adecuados: el número de puntos en el semicírculo y la proyección y la posición del punto de unión entre el 7º y el 8º de la circunsferencia. Aquí hay, en realidad, atención compulsiva en los detalles, aparte de lo cual la figura en general está distorsionada. Si aceptamos la premisa de que esta figura "representa" a la madre o sustituta, podemos inferir que su vehemencia contra este símbolo está expresada en una figura abierta estructurada, mientras que el sujeto no puede distorsionar de ese modo el simbolismo, más simple y más convencional, de la figura "A". De nuevo, esto sustentaría la premisa de una exteriorización simbólica de su conflicto con su madre (y con las mujeres), aunque convencionalmente es deferente, obediente y conformista.

La figura 6, las curvas sinuosidales, lo conmueve al máximo. El afecto es fuerte (amplitud de las curvas), pero se expresa desigualmente (ondulaciones desiguales). Hay marcada dificultad

en el cruzamiento (las notas del examinador sustentan esto). La excesiva vuelta en la parte superior de la curva vertical, más el hecho de que esta curva fue dibujada primero, de arriba hacia abajo, expresa la hostilidad reprimida del paciente hacia los símbolos masculinos y paternales.

La *Gestalt* es adecuada pero hay una aparente dificultad con esta figura en el dibujo. Uno esperaría que este paciente demuestre alguna apatía en su conducta típica, pero reacciona con ex abruptos, probablemente de un carácter sexual o mejor, de un carácter simbólico/sexual.

En la figura 7, la figura de la derecha está rotada levemente en la dirección de las agujas del reloj y todas las uniones muestran "dificultad de cierre". Hay una exageración de la parte inferior de la figura que está a la izquierda.

La *Gestalt* es adecuada. Inferimos: reacciones depresivas, dificultad para mantener relaciones interpersonales; sentimientos de inadecuación sexual (posiblemente sentimientos de impotencia).

La misma dificultad de cierre se nota en la figura 8, sobre la cual el examinador dice: "dibuja el pequeño rombo interno primero, luego lo encierra". La figura está aumentada de tamaño lateralmente, y los extremos son exagerados. Inferencias: dificultad para relaciones interpersonales; mayor identificación con figuras femeninas; impotencia sexual (por temor).

Una observación final: el espacio entre las figuras sucesivas está comprimido.

Esto se adecua con nuestra concepción acerca de que el sujeto tiene esencialmente una fijación anal y generalmente reprime los sentimientos de hostilidad.

A partir de todo esto podemos tratar de describir su personalidad tal como funciona en esta tarea psicológica, y ofrecer algunas predicciones para ser consideradas a la luz de otros datos.

Sospecharíamos que este individuo trata de dar la impresión de ser alguien complejo pero conformista. No tiene usualmente grandes aspiraciones, se siente limitado e inadecuado aunque generalmente niega esto a los demás e intenta negárselo a sí mismo. Está sujeto a una marcada tensión interna, pero intenta suprimirla, también, tanto para los demás como para sí mismo. Su ambición y tendencia hacia el éxito, y los controles generalmente compulsivos, ofrecen alguna compensación, pero no son suficientes.

Sufre de melancolía e intensos sentimientos de frustración, y encuentra cada vez más difícil trabajar eficazmente.

La base de su dificultad está en una identificación con una figura materna dominante y no gratificadora, hacia la cual reacciona con alguna hostilidad pero hacia la que se siente muy atraído sexualmente.

Por alguna razón (que no puede deducirse del protocolo), teme (y no lo puede expresar) a la figura paterna. Nosotros podemos especular que el padre se percibe como fuerte pero ineficaz en relación con la madre (por algunas razones), y que el sujeto siente culpa por su atracción hacia la madre, que es objetiva, fuerte, justa pero inasible. Con este núcleo en este tipo de problema edípico como base, su desarrollo estuvo signado por reacciones fuertes de culpabilidad producidas por un desarrollo de un superyó estricto. Un ego relativamente fuerte le permitió a él moverse por un tiempo, hasta que los factores situacionales de los últimos años de la adolescencia y en la primera adultez disminuyeron la eficacia de las funciones del ego, al menos por un tiempo.

Es posible que se diera entonces una conducta de Don Juan o un *acting out simbolic* (posiblemente ambos), y la culpabilidad aumentó hasta el presente modelo masoquista. Uno debe sospechar que las reacciones depresivas y posiblemente una preocupación suicida comenzaron cuando el ciclo se hizo más cerrado y cuando las sublimaciones vocacionales y ocupacionales se hicieron más eficaces junto con una disminución de la eficacia del funcionamiento total.

La hipótesis del Don Juan es coherente con la especulación de que el sujeto trataba de exteriorizar sus necesidades de competencia masculina frente a sentimientos cada vez mayores de inadecuación sexual y de culpa. Faltan relaciones interpersonales y buenas con sus semejantes, pero las desea. Inferencialmente, este joven puede dar la impresión de control y de gran eficacia. Si nuestras especulaciones concernientes a la naturaleza de sus dificultades son substancialmente correctas, podemos sugerir que podrá hacer un uso muy eficaz de la terapia orientada analíticamente.

El análisis del protocolo hecho arriba intenta presentar una ilustración de *análisis inferencial*. Podemos evaluarlo en cuanto a su eficacia comparándolo con los minuciosos hallazgos clínicos que Shneidman ofreció posteriormente en su volumen (1951).

En lo que concierne a dinamismos básicos, el análisis de la AHTGB coincide de cerca con los hallazgos del terapeuta de este hombre; no sólo son iguales, o muy similares las afirmaciones de la naturaleza de los conflictos y su intento de solución, sino que las expresiones empleadas para describir el problema en el análisis de la AHTGB y en el informe del terapeuta son muy similares, casi idénticas.

Se puede señalar que el informe del cuerpo de psicología del hospital donde este hombre estuvo bajo estudios y tratamientos, basado en un conjunto de tests y de entrevistas, también llegó a hallazgos esencialmente similares a aquellos basados en la AHTGB.

Específicamente, la historia psiquiátrica indicaba que este hombre, un paciente de un hospital neuropsiquiátrico, fue admitido con los siguientes síntomas: insomnio, palpitación, agitación nocturna, temblor cuando la gente lo observaba y sentimientos de inadecuación.

Se informó que sus dificultades habían comenzado 6 meses atrás, después que entró en la marina, en la cual él fue asignado al cuerpo médico. Desde que lo dieron de alta su concentración se hizo muy pobre y sus síntomas aumentaron progresivamente.

En el hospital fue diagnosticado primero como psiconeurótico ansioso, agudo y severo. Más tarde la consulta psiquiátrica sugirió que no era probablemente un obsesivo compulsivo, sino que el diagnóstico vaciló entre neurosis obsesiva-compulsiva, ansiedad histérica y esquizofrenia.

El diagnóstico al ser dado de alta fue reacción ansiosa.

Luego de ser dado de alta en el hospital, el paciente fue enviado a terapia en la clínica de higiene mental, y terminó la terapia dirigido por un asistente psiquiátrico con consulta psiquiátrica. La nota de cierre en este caso puede resultar interesante. "El material obtenido parecía indicar más y más claramente que sus defensas estaban sucumbiendo y que estaba cerca de un colapso psicótico o era actualmente psicótico... Diagnóstico: Reacción esquizofrénica de tipo paranoide".

No podemos detenernos a revisar los hallazgos dinámicos específicos del terapeuta que confirmaron los de la AHTGB, pero el lector interesado puede estudiarlos por sí mismo en el exhaustivo resumen que presenta Shneidman.

CASO "B"

Este es el caso de un hombre blanco de 38 años, internado por una severa perturbación de la personalidad, a causa de su incapacidad para mantenerse en sociedad, y períodos de violentos exabruptos.

Se le diagnosticó una esquizofrenia crónica indiferenciada, y se presumió que la irrupción de su reacción psicótica había ocurrido alrededor de 10 años atrás. La lámina 5 presenta sus respuestas a la *fase de copia* de la AHTGB. Como ya se indicó, nosotros observaremos simplemente algunos de los factores del test que caracterizan a este protocolo y comentaremos la naturaleza de su configuración.

Secuencia: Entra dentro de la categoría de secuencia metódica, ya que sólo dos figuras indican una desviación del modelo general (una desviación después de la figura 3 y otra después de la figura 5). Así, la secuencia es atípica para una esquizofrenia.

Posición del primer dibujo: La colocación de la figura "A" es claramente atípica o anormal.

Uso del espacio I: El protocolo se debe caracterizar como comprimido. Además la colocación es muy anormal.

Uso del espacio II: De nuevo, éste es un protocolo comprimido. En ambos aspectos del uso del espacio este protocolo es claramente atípico y coincide con los hallazgos configuracionales para esquizofrenia.

Colisión: Ocurre una colisión actual pero leve entre las figuras 3 y 4 y 7 y 8, y ocurren tendencias a la colisión en otras figuras; ejemplo: 2 y 3; 3 y 6; y 4 y 5. Estos hallazgos son coherentes con la configuración de esquizofrenia.

Uso del margen: Este factor no está presente. Excepto en los esquizofrénicos con intensa ansiedad o en estado incipiente de su perturbación, no es probable que este factor se presente.

Cambio en la posición del papel: No ocurre.

Cambio en la posición de las tarjetas-estímulo: No hay anotación del examinador sobre este fenómeno.

Cambio predominante en tamaño: Este protocolo no satisface los criterios para este factor del test.

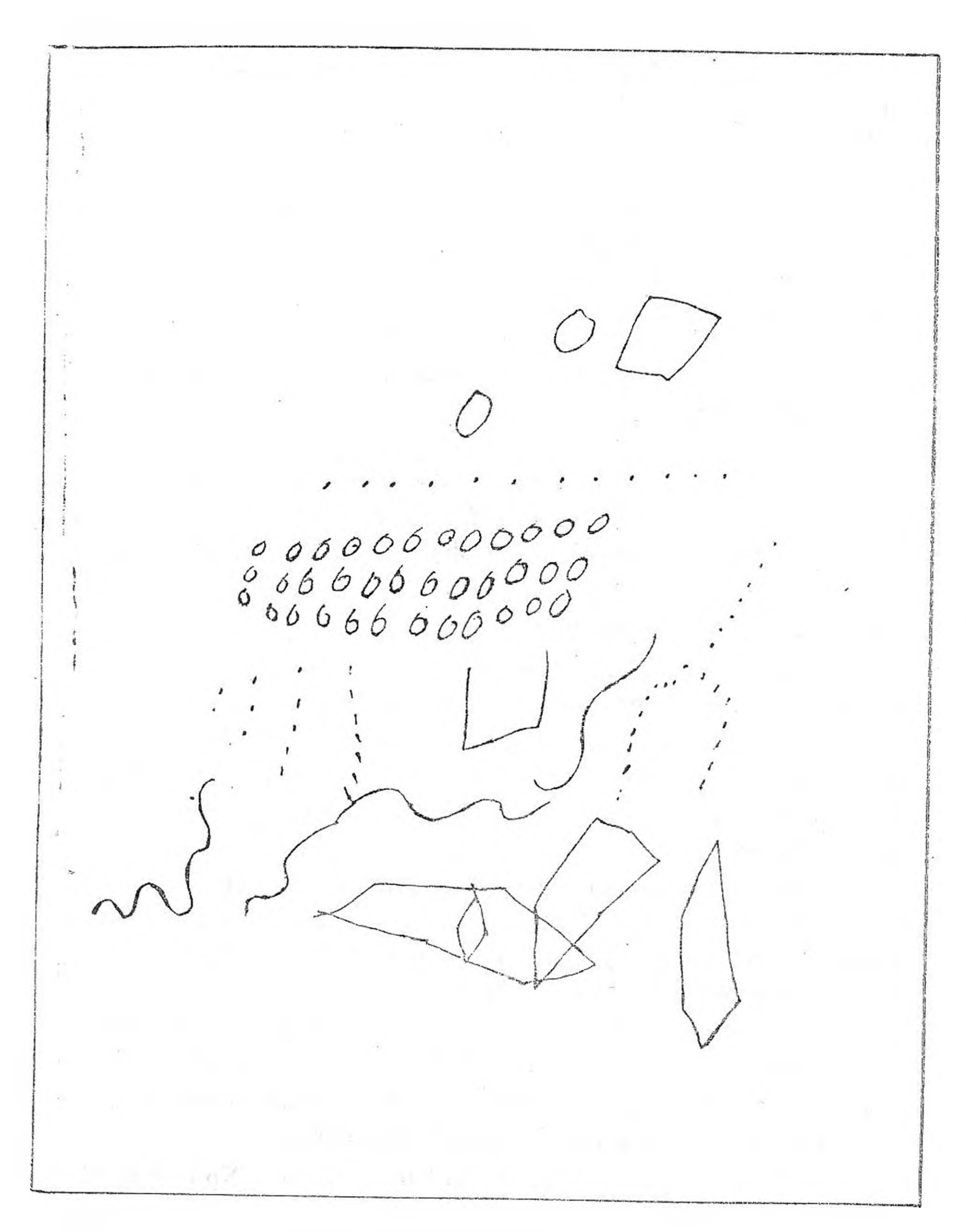


Lámina 5. Otro protocolo psicótico.

Cambio progresivo en tamaño: No se presenta.

Cambio aislado en tamaño: Este fenómeno está claramente presente. Se notará que el círculo en la figura "A", por ejemplo, es desproporcionadamente pequeño en relación al cuadrado. Similarmente, una parte de la figura 6 es desproporcionadamente pequeña. Aunque este factor no ha sido incluido dentro de la configuración presentada en el capítulo 6, para esquizofrenia, es significativo al evaluar los dinamismos del caso individual.

Dificultad de cierre: Está presente y es muy pronunciada. Este hallazgo no es sólo para esquizofrenia; de cualquier modo, en el análisis diferencial será de importancia.

Dificultad de cruzamiento: Este factor está presente en ambas figuras, la 6 y la 7. Es un discriminador asociado en esquizofrenia.

Dificultad de curvatura: Ocurre un achatamiento en la figura 4. Ocurre achatamiento e irregularidad en la figura 6; éstas son las indicaciones más pronunciadas de dificultad en la curvatura en este protocolo. El hallazgo es coherente con esquizofrenia como un discriminador asociado.

Cambio en la angulación: En la figura 2 (la angulación disminuida de las columnas de círculos), en la figura 3, en la figura 7 y en la figura 8. Se pueden inferir las defensas de este paciente contra el impacto emocional del estímulo representado por estas figuras.

Rotación: Ocurre rotación leve en las figuras 5 y 6. Ocurre rotación moderada en la figura 8. Este factor es de gran significación en este protocolo con respecto a esquizofrenia.

Retrogresión: Es marcada. Nótense los rasgos de la figura 3 y las pronunciadas dificultades en las figuras 7 y 8. La presencia de este factor en dos o más figuras es coherente con el diagnóstico de esquizofrenia.

Simplificación: Es también marcada. Se puede notar en las figuras "A", 3, 4, 6, 7 y 8. Este es otro discriminador esencial de esquizofrenia.

Fragmentación: Este factor está presente en las figuras "A", 4 6 y 8. Nuevamente, éste es un discriminador esencial para esquizofrenia.

Dificultad de superposición: Presente en las tres figuras criterio: 4, 6 y 7.

Elaboración o garabateo: No está presente.

Perseveración: Puede estar presente en la figura "A", en la cual se repite el círculo; se puede notar también en la figura 2 (el número excesivo de columnas), y está presente en la figura 6. Sin embargo, estas tendencias perseverativas (tipo "B") no son pronunciadas; tampoco está presente el otro tipo de perseveración (tipo "A"). Las tendencias perseverativas, particularmente de tipo "B", son mucho más marcadas en los protocolos de los orgánicos, pero podemos sugerir que este protocolo no es probablemente de un orgánico, sobre esta y otras bases.

El protocolo del test no basta por sí solo para juzgar el factor del test *movimiento de la línea,* y no hay indicación clara de alguna perturbación significativa en los factores de *característica de las líneas.*

Un examen del análisis anterior indicará que este protocolo tiene 7 indicadores claros de una configuración esquizofrénica (discriminadores esenciales), un indicador dudoso de este tipo, y al menos 2 de los discriminadores asociados. Así, los hallazgos son coherentes con la categorización diagnóstica de esquizofrenia de tipo progresivo. Por supuesto en el análisis de un caso individual, se debe dar especial atención a otros factores de protocolo de la AHTGB, así como otros tipos de análisis, incluyendo el análisis inferencial. Sin embargo, esta presentación puede ser suficiente para indicar las posibilidades de un análisis(*) configuracional relativamente simple.

(*) El lector puede evaluar este protocolo sobre la base de los modelos configuracionales en el Capítulo 6.

CAPÍTULO IX

CASOS ILUSTRATIVOS: UN PROTOCOLO NEUROTICO

El caso presentado aquí fue elegido para ilustrar dos aspectos de la AHTGB: una modificación en la administración y la riqueza del protocolo.

John, como lo llamaremos, fue remitido por su psiquiatra, que tenía algunas dudas concernientes a la naturaleza de sus problemas y la conveniencia de que este paciente recibiera psicoterapia. John había pedido ayuda al psiquiatra a ruegos de su esposa, que sentía que su esposo estaba teniendo cada vez más dificultades para conservar un trabajo, y quería que se le brindara ayuda a John respecto a su problema de alcoholismo.

Afirmó que su relación matrimonial nunca había sido enteramente satisfactoria pero que John había hecho todo lo que era posible y que él era considerado. John no estaba seguro que él necesitara psicoterapia; admitió que tenía períodos en los que se sentía tenso e irritable, explicó que se estaba aburriendo de su trabajo y que bebía sólo en ocasiones para escapar de sus sentimientos de aburrimiento y tensión. El psiquiatra, que había visto a John en una consulta corta, se preguntó cuál era el grado de "enfermedad" de John y si estaba motivado para la psicoterapia. John tenía 48 años en la época del examen. Su esposa tenía 35 años.

John fue muy cooperador durante el examen psicológico. Pareció obviamente tenso y se sospechó una leve afasia expresiva sobre la base de sus modelos de lenguaje. El modo estaba levemente deprimido, pero el juicio y la memoria parecían intactos. Daba la impresión de ser pasivo y galante.

La lámina 6 contiene el protocolo de la *fase de copia* de la AHTGB. Se notará que sólo se presentan seis figuras. Esto se hizo para ahorrar tiempo, ya que sólo fue posible una visita de este paciente y se necesitó suficiente tiempo durante esta visita para ad-

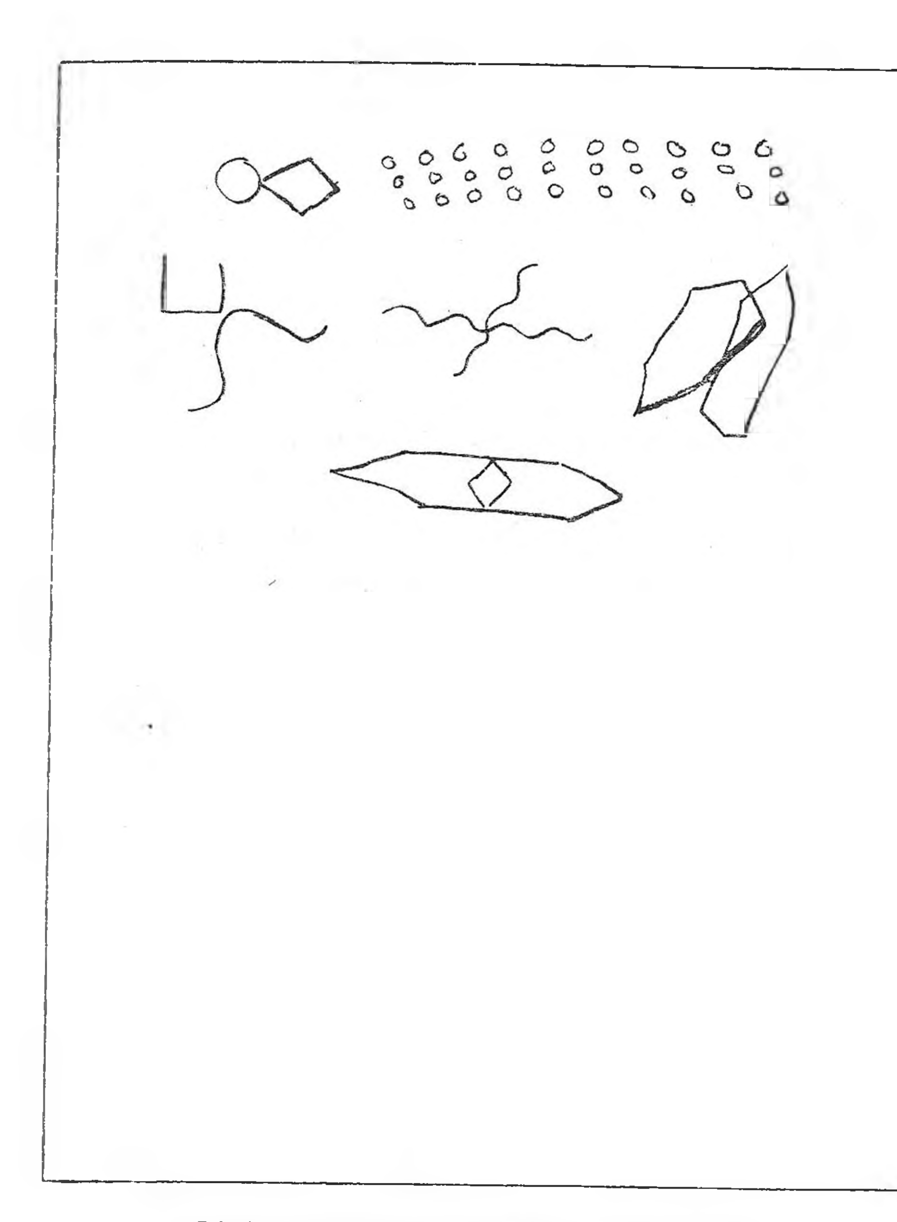


Lámina 6. Un protocolo neurótico (fase de copia)

ministrar un test Rorschach. La experiencia clínica ha indicado que las figuras A, 2, 4, 6, 7 y 8 brindan una muy buena muestra de todos los fenómenos básicos en la mayoría de los casos y poseen una adecuada base para inferencias concernientes a la mayoría de los aspectos de los dinamismos relevantes.

Notamos que todos los dibujos tienden a estar reducidos de tamaño, y que las figuras A y 6 muestran una marcada reducción de tamaño. Además, el espacio entre algunos pares de figuras, notablemente la A y la 2, la 4 y la 6 y la 6 y la 7, está disminuido. Todos los dibujos juntos ocupan un poco menos de la mitad de la página. La posición de la figura A no es atípica, pero como hemos notado, la figura A y especialmente el círculo en esta figura, está marcadamente reducido de tamaño. La secuencia es metódica, no hay colisión ni tendencia a la colisión, y no hay cambio en la posición de la hoja del test. Estos rasgos estilísticos nos dicen que este paciente es generalmente ordenado al enfrentar nuevas tareas y que tiende a ser reprimido en sus modos de conducta. La reducción inicial del tamaño, la general reducción en el uso del espacio, y la reducción de tamaño de la figura 6 indican, respectivamente, que es temeroso y ansioso, y que tiende a usar mecanismos de defensa represivos, y que es especialmente ansioso en situaciones de tono emocional. Estos rasgos estilísticos sugieren que son prominentes modos anales de adaptación en la conducta de este individuo y que, por sobre todo, la pasividad puede ser la característica más importante de su personalidad.

En la reproducción de la figura A se pueden notar algunos rasgos. La marcada discrepancia de tamaño entre el círculo y el cuadrado, el reducido tamaño del cuadrado, y la pesadez en la cualidad lineal del cuadrado sugieren que este paciente está intentando identificarse inconscientemente con un fuerte papel masculino (como objeto preferido) pero que se siente inadecuado en su papel masculino. La presencia de dificultad de cierre indica ansiedad en situaciones interpersonales, y este hallazgo, junto con el tamaño relativamente aumentado del cuadrado, el alargamiento del cuadrado en la dimensión lateral, la pesadez de la línea en el cuadrado y la irregularidad cualitativa de la línea en la parte inferior derecha del perímetro del cuadrado sugieren que puede haber un severo conflicto en la esfera sexual y que la ansiedad puede ser debida a un sentimiento de castración. Además, la severidad del conflicto así como la característica dentada de la línea a la cual

nos hemos referido antes, puede indicar algunas tendencias perversas, así como una inapropiada fusión de los impulsos sexuales y agresivos. Finalmente, no se debe dejar de lado la posibilidad de algún leve daño intracraneal (la dificultad con el ángulo inferior del cuadrado).

Notamos que en la figura 2 hay una leve rotación en el sentido de las agujas del reloj de la figura entera. Las columnas de círculos están ordenadas también para que ellas formen un arco de un círculo (con el paciente en posición de pivote). Los rasgos narcisistas y oposicionales de la personalidad se pueden inferir de estos dos hechos. La dificultad de cierre está de nuevo presente. Otro rasgo interesante es el gradual aumento de tamaño de los círculos de izquierda a derecha. Este último fenómeno sugiere una tendencia a la extraversión; una tendencia a la impulsividad en la personalidad que por otra parte se veía en la observación directa.

El rasgo más sorprendente de la figura 4 es la dificultad de cierre (entre la curva y el cuadrado abierto) y/o fragmentación de esta *Gestalt.* El bloqueo en situaciones interpersonales ya se ha notado. La posibilidad de que se presente fragmentación refuerza la hipótesis de algún leve daño orgánico. La desigualdad en los lados verticales del cuadrado, abierto de nuevo, sugiere la dificultad de este hombre para tener y mantener una adecuada imagen de sí mismo en el papel masculino, así como la posibilidad de dificultad con figuras autoritarias. Se nota alguna incoordinación, indicación profunda de la ansiedad que está presente. La porción curva de la figura está levemente exagerada pero las posiciones relativas del cuadrado abierto y la curva están adecuadamente reproducidas. Quizás la fragmentación le permite a este paciente manejar esta situación más fácilmente de lo que lo hubiera logrado de otro modo.

La figura 6 fue presentada en la misma orientación espacial en la cual el paciente la reproduce. No hay ninguna rotación. Sin embargo la figura está marcadamente reducida de tamaño en ambas dimensiones. Las curvas están dibujadas (especialmente la del plano horizontal) como una serie de curvas conectadas (y no como una línea suavemente fluyente). La amplitud de las curvas está reducida y ocurren algunas "vueltas"; el tipo de defensa ausente que usa preferentemente este paciente está muy claro. Es incapaz de responder espontáneamente en una situación emocional, y trata de controlarse por técnicas represivas; negación y aislamiento se sugieren como mecanismos de defensa.

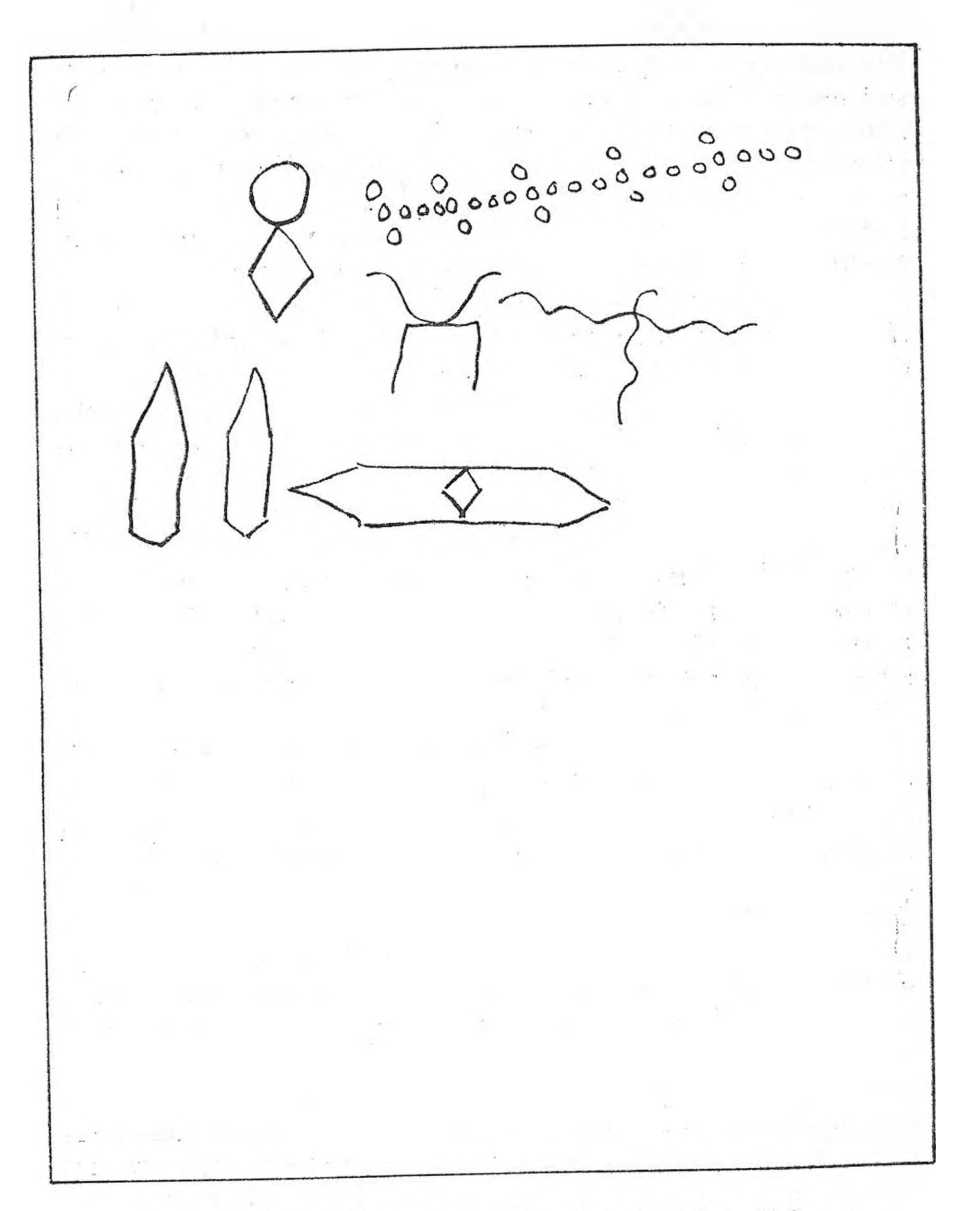


Lámina 7. Un protocolo neurótico (fase de elaboración)

La figura 7 presenta severos problemas para el paciente. La figura entera está rotada en el sentido de las agujas del reloj. Cada parte de la figura está levemente modificada. La dificultad de cruzamiento es muy notoria como consecuencia del problema de su superposición. Así, aunque podemos sospechar de nuevo la presencia de alguna lesión intracraneal, los rasgos depresivos de la reproducción y el significado sexualmente traumático de este estímulo parece mucho más prominente. Estas inferencias están sustentadas por la presencia de la incoordinación de la línea y la dificultad del cierre que se pueden notar en la respuesta.

El mismo tipo de dificultades aparece en la figura 8: rotación en el sentido de las agujas del reloj, dificultad de cierre y dificultad con los extremos "fálicos" de esta figura. Alguna leve incoordinación de la línea está también presente. Además el rombo interno está pobremente dibujado y muestra movimientos repetitivos, sugiriendo conflicto con respecto a la presencia de este símbolo femenino en una figura de todos modos fálica. Los fenómenos que hemos notado tanto en la figura 7 como en la figura 8, sugieren que el problema primario es de conflicto psicosexual. La impresión general reforzada por los hallazgos en las dos últimas figuras, sugiere la posibilidad de algún tipo de perversión sexual, como un residuo de ansiedad de castración y algún intento de desplazar la sede de esta ansiedad.

Volviendo ahora a las elaboraciones (lámina 7), notamos algunas similitudes sorprendentes de los rasgos estilísticos generales de la parte de copia del test. Se mantiene la secuencia metódica, los dibujos están comprimidos en la mitad superior de la hoja, el tamaño de las figuras (generalmente) está reducido, y la posición de la figura A es más o menos la misma. Se notará que las porciones curvas de la Gestalt (figuras A y 4) están colocadas *encima* de las otras porciones. El paciente ahora tiene menos dificultad con la figura A que antes (la dificultad de cierre está reducida y el tamaño relativo de los dos componentes es más adecuado). De estas observaciones podemos concluir, en general, que las inferencias más prominentes que extrajimos de la *fase de copia* están reforzadas. Además podemos suponer que este paciente tiene fuertes componentes femeninos en su personalidad, y posiblemente tiene algunas tendencias exhibicionistas (lo último debe ser confirmado o rechazado sobre la base de una evidencia adicional, posiblemente de las asociaciones a los dibujos).

Notamos que la figura 2 está también rotada en dirección contraria al sentido de las agujas del reloj, que la característica pobre de la línea es evidente en el cuadrado abierto de la figura 4, que ocurre de nuevo una reducción de la amplitud de las curvas en la figura 6 (y esta vez aparece una leve rotación de la figura en el sentido de las agujas del reloj), que la figura 7 está completamente separada en dos componentes (para resolver, presumiblemente, el problema de la superposición) y que los mismos tipos de dificultades presentes en la figura 8 en la *fase de copia* están presentes en la *fase de elaboración.* Así, otra vez, se fortalecen nuestras hipótesis previas. Estas elaboraciones están muy relacionadas con el original en sus características guestálticas: el paciente tenía demasiado miedo o estaba demasiado limitado para poder modificarlas libremente.

Y ahora podemos prestar atención a las asociaciones que se obtuvieron a los estímulos y a las elaboraciones. El paciente dio primero su asociación a su elaboración de la figura A, y luego al estímulo, como sigue: "Un adorno, un anillo con un aguamarina. Podría ser un adorno para una pulsera o algo así" y: "Pelota" y un bloqueo. La asociación a la elaboración sugiere fantasías exhibicionistas. El bloqueo verbal indica la presencia de conflicto. La orientación es femenina.

La asociación al estímulo original es muy concreta y liberal. La fantasía es limitada y reservada.

Otra vez, en la figura 2, se da la primera asociación a la elaboración: "Una pulsera o algo así, para mí". Cuando se le pidió que asociara al estímulo original, dijo "ambas parecen pulseras, para mí". Se debe notar la naturaleza exhibicionista y receptiva de estas asociaciones. Se puede decir que la forma de hablar de este paciente contiene rasgos egocéntricos.

Asoció a la elaboración de la figura 4: "Un estante y una palangana". No pudo dar ninguna asociación al estímulo. Las posibles características superyoicas de su asociación (que se puede inferir de la necesidad de lavarse) no debe ser pasada por alto. El bloqueo en las asociaciones a la figura original indica la presencia de ansiedad, que tiende a confirmar nuestras especulaciones concernientes a sus dificultades para copiar esta figura. Se debe notar también que su asociación tiende a negar la posición más alta (superior) de la palangana (uno se pregunta por qué no dijo: "una palangana sobre un estante"); asoció sólo a la elaboración

de la figura 6. Dijo: "Un pedazo de hilo. Puede ser un tipo de alambre —un alambre torcido". Esta asociación parece ser evasiva. El "alambre torcido" puede referirse a su percepción de sí mismo, como distorsionado o encorvado.

En la figura 7 respondió, de nuevo, a la elaboración: "Yo no sé. Algún tipo de adorno o algo así. Algo como la parte de arriba de una cerca de estacas". Otra vez, aparecen las necesidades exhibicionistas de este paciente. La cerca se puede relacionar con la necesidad de protección, mientras que el tipo de cerca de estacas sugiere muchas posibilidades entre las cuales la connotación fálica es la más lógica, teniendo en cuenta otras evidencias ya obtenidas en esta figura. El sujeto no pudo dar ninguna asociación al estímulo original.

Su única asociación ante la figura 8 fue frente al estímulo original. Su asociación: "Algún tipo de letrero. Los que hay en las cercas ". La asociación continuada a "cercas" sugiere una tendencia perseverativa en su pensamiento así como una probable necesidad de protección antes sugerida. La asociación "letrero" se relaciona frecuentemente a sentimientos de culpabilidad y de suspicacia.

Tomando en cuenta todos los datos de las tres fases de la AHTGB, podemos presentar el siguiente resumen de nuestro análisis. Este hombre parece ser un individuo muy dependiente y muy ansioso. Muestra un considerable interés en mantener una "máscara" convencional y tiende a ser conformista y galante en su comportamiento. Hay alguna rigidez en su conducta. Los controles del ego están razonablemente bien mantenidos excepto para problemas que involucran traumas sexuales específicos. La conducta afectiva está reducida y falta espontaneidad. Tiene una considerable duda concerniente a su adecuación como persona. El superyó es muy estricto, pero es insuficiente para prevenir irrupciones ocasionales de impulsos libidinales.

Aunque este hombre es esencialmente conformista en su conducta, la severidad de sus conflictos y el posible empeoramiento causado por la lesión intracraneal, produce algunos tipos abiertos de psicopatología. Sus fuertes necesidades orales y su tensión interna son coherentes con su uso del alcohol. Los rasgos narcisistas y orales de la personalidad, así como los componentes anales que están presentes, sugieren que tiene fuertes necesidades exhibicionistas y que puede caer en algún tipo de perversión sexual. Con el

tiempo, el uso del alcohol y las perversiones previstas, junto con su superyó, producirán considerable sentimiento de culpa y tensión. Sus sentimientos de impotencia y sus impulsos sexuales agresivos pueden producir necesidades y prácticas homosexuales. Alguna forma de perversión, como un desplazamiento de su temor de castración, puede estar también presente.

Los rasgos básicos de la personalidad son de carácter psiconeurótico y los rasgos primarios de su sistema de defensa son obsesivos-compulsivos, con negación y aislamiento, como parte de una orientación general represiva y como una forma principal de defensa; se sospecha la presencia de alguna leve lesión intracraneal, posiblemente un pequeño tumor, que puede ser causa de la aparente afasia expresiva y la reducida eficacia de los controles del ego.

Opinamos que esta persona estará dispuesta a entrar en terapia si, en realidad, sus conflictos son tan severos como se sospecha y si los enfrenta. Sin embargo se puede esperar que la psicoterapia sea larga y difícil. Se puede anticipar alguna reducción en la severidad del superyó, se puede lograr algún aflojamiento de la ansiedad, y se puede asegurar modos más eficaces de sublimar sus problemas edípicos y especialmente sus necesidades orales y anales. Se sugiere también cuidadoso examen neurológico para evaluar la posibilidad de lesión cerebral.

El examen psiquiátrico y neurológico subsiguiente, y la posterior intervención psiquiátrica revelaron lo siguiente: Sin saberlo la esposa, este hombre había tenido prácticas homosexuales durante casi el período entero de su matrimonio. En cuanto a lo que pudo saberse, no había mostrado homosexualidad abierta previamente. Describió en sus sesiones de psicoterapia dos experiencias en las que se había exhibido ante chicas adolescentes. En una ocasión tuvo relaciones sexuales con una chica de 12 años, y describió al psiquiatra su preocupación obsesiva en oler y en acariciar los genitales de la chica. Discutió sus fuertes necesidades de incurrir en prácticas sexuales pervertidas así como sus fuertes conflictos al ver esto. El neurólogo informó que este hombre sufría de un pequeño tumor parietotemporal para el cual no era indicada la cirugía. Recibió conjuntamente ayuda psicoterapéutica y médica general. El terapeuta informó que este paciente era capaz de hacer moderados progresos en reducir el sentimiento de culpa y

ansiedad; fue capaz de desempeñarse mejor en su trabajo, y hubo alguna mejoría, pero no completa cesación, en su alcoholismo. Desarrolló un hobby de escultura con materiales de arcilla con el que estaba muy satisfecho. Abandonó la terapia luego de 72 sesiones, a lo largo de un año y medio, porque se sentía capaz de manejarse muy bien y el desembolso financiero era mayor de lo que podía tolerar.

Capítulo X

CASOS ILUSTRATIVOS: UN DESORDEN DE CARACTER

Este capítulo se refiere al análisis de un protocolo de la AHTGB hecho por una paciente cuyo diagnóstico era un desorden de carácter. Se presentará una detallada interpretación de las tres fases del método básico de administración, así como un relevante material de la historia clínica, otros datos del test psicológico y un resumen de datos psicoterapéuticos.

La paciente era una mujer blanca de 28 años, graduada de la "high school" y había ido por un año aproximadamente al "college"; nunca había tenido un trabajo de dedicación exclusiva.

Los dibujos están hechos con la mano derecha de una manera rápida. Si contó los elementos lo hizo silenciosamente y no fue perceptible. Las tarjetas-estímulo utilizadas fueron la versión de la American Orthopsychiatric Association.

En la *fase de copia* (láminas 8 y 9) notamos que los dibujos están distribuidos en dos páginas con una secuencia irregular. Hay 5 desviaciones: de la figura A a la 1, de la 1 a la 2, de la 2 a la 3, de la 3 a la 4 y de la 4 a la 5. En general, las figuras están aumentadas de tamaño, pero el espaciado es irregular, variando de comprimido a adecuado o excesivo.

La impresión inicial es la de una mujer extravertida, orientada agresivamente (tamaño, dos hojas de papel) que está marcadamente conflictuada en la expresión de la hostilidad (espacio variado). Los impulsos están pobremente controlados y las funciones del ego son desiguales (secuencia irregular). Una hipótesis de segundo orden es que la tensión es exteriorizada, y cuando la tensión se hace pronunciada, se puede esperar considerable extraversión impulsiva.

La progresión inicial de la secuencia es atípica. Después de colocar la figura A casi en el centro de la hoja, la paciente colocó

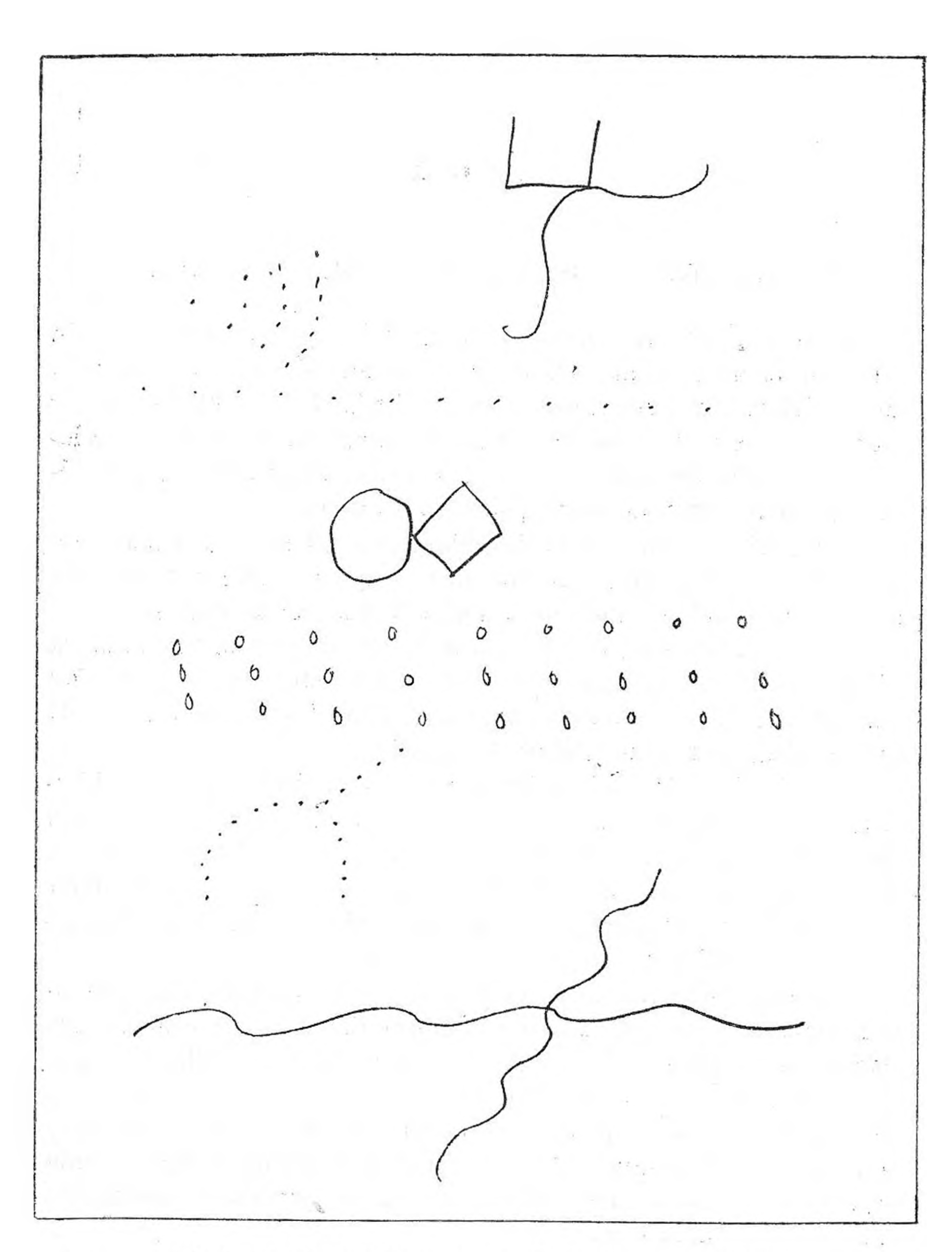


Lámina 8. Un problema de carácter (fase de copia)

la figura 1 *sobre* ella; siguió hacia abajo y adentro para la figura 2, pero luego se movió de abajo hacia arriba de la hoja para las figuras 3 y 4. Sólo después que el espacio se le hizo escaso retomó una secuencia más usual moviéndose hacia abajo con las figuras 5 y 6 y continuando de un modo ordenado con la figura 7 y 8 en la segunda hoja.

Su secuencia atípica inicial de la figura A a la 1 sugiere tendencias oposicionales así como dificultades con figuras autoritarias. La hipótesis es que reacciona a tales figuras con negativismo y resentimiento. Estos sentimientos parecen preconscientes (por lo menos), puesto que retoma el control en la figura 2, pero la fuerza de estos sentimientos se evidencia otra vez por el tratamiento de las dos próximas figuras. La conformidad está ayudada por las circunstancias (a la paciente "le falta espacio"), y con esta ayuda externa vuelve a obtener control y conformidad para lo que queda de la fase de copia.

Inferencias: Inmadurez y actitudes rebeldes infantiles a nivel preconsciente con fuertes necesidades encubiertas de dependencia. Consecuentemente, se manifiesta ambivalencia hacia figuras fuertes y autoritarias.

Volviendo a las figuras individuales, notamos que la figura A está colocada casi en el centro de la hoja y está predominantemente reducida de tamaño. La dificultad de cierre es evidente en la unión de las dos partes de la figura así como en el círculo y en el cuadrado. Tanto el círculo como el cuadrado están dibujados de una manera irregular y con una fuerte presión del lápiz. Comparado con el cuadrado, el círculo está brevemente agrandado.

Pese a la ansiedad (presión del lápiz, reducción en el tamaño) la paciente sin embargo reacciona de una manera impulsiva, egocéntrica y narcisista (colocación de la figura). Se sugiere un inadecuado intento de identificación con su madre (círculo agrandado, irregularidad) y también están indicados temor y actitudes conflictivas hacia el padre (cuadrado disminuido, irregularidad). Es probable una dificultad edípica. Un hallazgo adicional es la incapacidad para establecer buenas relaciones con los padres y la consecuente dificultad para mantener catexias tolerables con los demás (dificultad de cierre).

La figura 1 está reproducida con el número correcto de puntos. Está levemente rotada en la dirección de las agujas del reloj y está aumentada en su dimensión lateral. Se sugieren tendencias

depresivas, y el aumento del tamaño indica dificultad en las relaciones interpersonales, con la implicancia adicional de que la paciente siente la necesidad de relacionarse para satisfacer una dependencia encubierta. Contrariamente, el tamaño lateral disminuido estaría relacionado con temor ante las relaciones interpersonales y consecuente introversión.

La manera en que los puntos están ejecutados es interesante. Los cuatro primeros son adecuados pero luego se hacen tildes (retrogresión); esto parece ser el resultado de una impulsividad y posible regresión bajo tensión. Nótese el movimiento de la figura A a la figura 1: es hacia arriba como ya se describió previamente. El conflicto subyacente con la autoridad aparentemente produce ansiedad y depresión como derivado de tendencias oposicionales. Su impulsividad y prontitud para exteriorizar sus propios sentitimientos indica una falta de deseos de aceptar la responsabilidad de una conducta que, en caso extremo, podría llevar a tendencias de tipo paranoide. Sin embargo, a la luz de la aparente inmadurez de esta paciente, tal conducta de tipo paranoide está cerca de la conducta del niño que cuando se enfrenta con un tarro de galletas vacío racionaliza retando a su oso de juguete.

La dimensión lateral de la figura 2 está incrementada. Los círculos varían a puntos y óvalos y el número de columnas está reducido a 9. Mientras la angulación está preservada, la línea superior de círculos está levemente rotada en sentido contrario a las agujas del reloj, y la línea inferior de puntos está levemente rotada en el sentido de las agujas del reloj; así la *Gestalt* está gradual y sucesivamente aumentada de izquierda a derecha, en su dimensión lateral.

Las tendencias impulsivas son pronunciadas (tratamiento de círculos, número incorrecto de columnas). Se presentan elementos oposicionales y depresivos (rotación) y aparece dificultad para relacionarse con los demás, con evidencia confirmada de que la paciente tiende a formar relaciones dependientes que luego es incapaz de aceptar (aumento de tamaño lateral).

Si pasamos a la figura 3, notamos que los puntos están dibujados impulsivamente habiéndolos transformado en tildes (retrogresión). La figura está levemente rotada en la dirección de las agujas del reloj y está reducida en su dimensión lateral.

La confirmación de las tendencias depresivas de esta paciente, así como de la impulsividad, está indicada por la rotación y re-

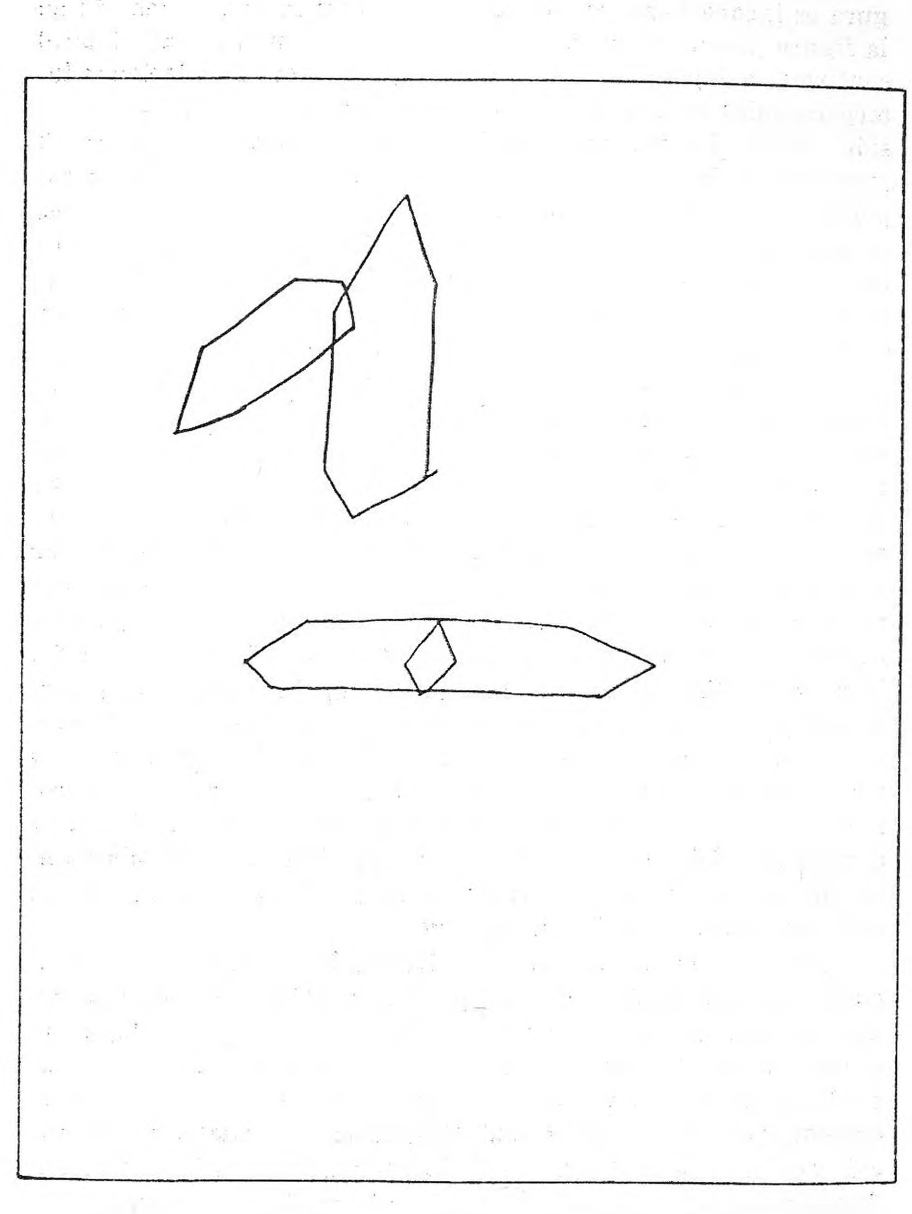


Lámina 9. Un problema de carácter, continuación (fase de copia)

trogresión. Sin embargo, la reducción del tamaño lateral de la figura es incongruente con el aumento de esta misma dimensión en la figura previa. Mientras esta característica en el tamaño lateral confirma la hipótesis previa de dificultad ante las relaciones interpersonales se sugieren también tendencias hacia la introversión. Quizás los valores simbólicamente hostiles de la figura 3 precipitaron la reacción de la paciente. Nosotros podríamos suponer que aunque agresivamente busca relaciones dependientes, la hostilidad percibida trae como consecuencia su rápido retraimiento y sentimientos depresivos asociados. Un análisis de las modificaciones y de las asociaciones de la paciente pueden proveer otras claves.

La dificultad de cierre es evidente en la figura 4. La porción curva tangencial está desplazada bajo el cuadrado abierto y está también aumentada de tamaño. El tratamiento que la paciente da a esta porción de la Gestalt es similar a su desempeño en el círculo en la figura A, y confirma su inadecuada identificación femenina así como una persistente incapacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales maduras. La impulsividad está de nuevo indicada por la manera en que está dibujada la porción curva, rápidamente, de derecha a izquierda, con aumento de presión del lápiz y finalizando en un rizo adicional. Se sugiere una considerable tensión por el muy fino temblor que aparece en la porción superior derecha de la curva. Examinando el cuadrado abierto encontramos también que mientras las líneas verticales son aproximadamente de la misma longitud ambas se inclinan hacia la derecha y la línea de unión horizontal está dibujada irregularmente. De nuevo aparece confirmación del hallazgo en la figura A: actitudes conflictivas hacia el padre.

De nuevo en la figura 5 encontramos la porción circular levemente aumentada de tamaño, con el acompañamiento de una reducción en el número de puntos en la secante (cinco en lugar de siete). La impulsividad y tensión son evidentes en la característica de los puntos y en la irregularidad de la porción circular en la extremidad inferior izquierda. Hipótesis: una nueva corroboración respecto de la dificultad de la paciente con la identificación femenina y sus actitudes conflictivas hacia los hombres.

La figura 6 está marcadamente aumentada de tamaño en ambas dimensiones. Las curvas están sesgadas y reducidas en amplitud. La presión del lápiz aumenta a medida que se completa la

línea horizontal. Inferencias: Se puede esperar conducta expansiva, agresiva bajo el impacto de estímulos emocionales. Hay labilidad emocional y los intentos para controlar o para prevenir sólo en parte tienen éxito.

La figura 7 está aumentada de tamaño, particularmente el exágono derecho. Es evidente la dificultad de cierre en los ángulos inferiores del exágono derecho; aparece también dificultad en la angulación, y el punto de unión entre cada elemento de la figura está desplazado a la derecha. Las características fálicas de esta *Gestalt* y la reacción presente de la paciente ante ellas señalan los conflictos edípicos y su consecuente identificación con el padre, hacia quien tiene actitudes marcadamente conflictuadas. La labilidad emocional está sugerida más profundamente por los cambios de angulación.

La figura 8 repite los hallazgos de la figura 7; aumentada de tamaño, dificultades de angulación y cierre. Esto sustenta la hipótesis desarrollada arriba; y el aumento de tamaño proporcional del rombo interno sustenta la inferencia de un intento de identificación masculina.

Dirigiendo nuestra atención a las elaboraciones y asociaciones de la paciente, notamos que los dibujos están distribuidos en una página con una secuencia metódica. En general el tamaño y el uso del espacio son adecuados. Aunque la paciente hace modificaciones, cada Gestalt es reconocible y todos sus elementos están presentes en las reproducciones. Es decir, los puntos permanecen como puntos, los círculos siguen como círculos, etc. Consecuentemente, continúa la secuencia comenzada en la figura 5 en la *fase de copia* discutida antes. Esto sugiere que su reacción inicial es característicamente impulsiva y lábil; sin embargo, la paciente tiene capacidad de control y adquiere seguridad ante las demandas de la situación. Los recursos del ego son por lo tanto buenos.

La figura A está modificada de modo que el cuadrado encierra al círculo. Su comentario es que "queda mejor". El tratamiento que la paciente da a esta figura señala su intento de identificación masculina junto con la negación de su femineidad.

La figura 1 está transformada en una forma angular, el número de puntos está reducido y la paciente asocia un "destral" a su reproducción. Se sugiere que hay considerable hostilidad latente, así como labilidad emocional, por su transformación de una figura neutral en una angular. Se gasta un mínimo de energía

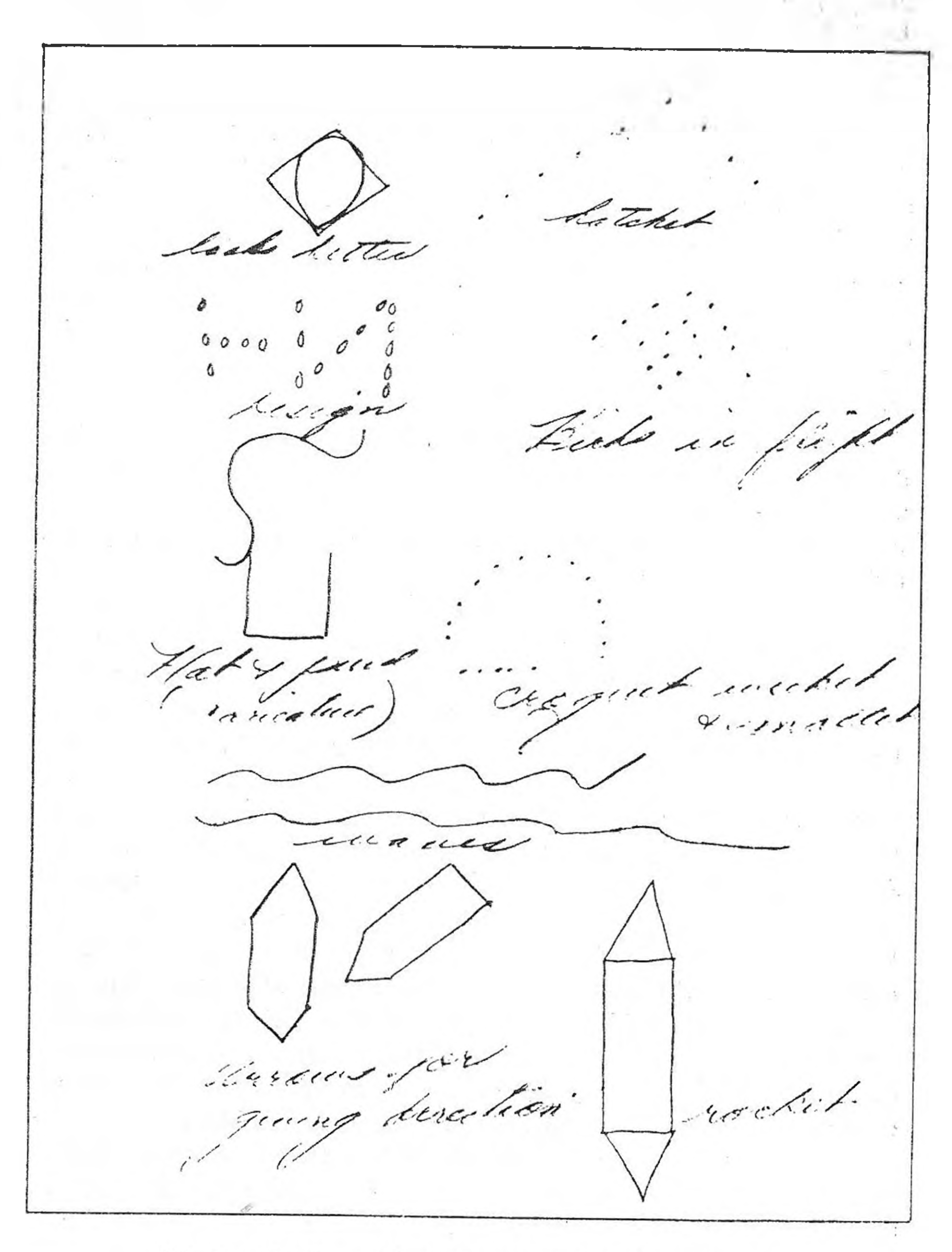


Lámina 10. Un problema de carácter (elaboraciones)

en esta modificación como en el caso de la *fase de copia* donde la paciente tendió a producir un número menor al requerido de elementos en todas las figuras. Inferencia: la energía disponible es limitada por defensas represivas así como por tendencias depresivas, como se sugirió antes.

La figura 2 ofrece algunas guías. Se sugiere un gasto mínimo de energía como se discutió antes, pero es también una imagen especular de las iniciales de su padre, NH. Esto proporciona la evidencia substancial de que su identificación primaria es con el padre y que sus actitudes hacia él están fuertemente conflictuadas.

La figura 3 está rotada 90 grados en la dirección de las agujas del reloj y es percibida como un "vuelo de pájaros". Se confirman tendencias a la introversión que se habían sugerido previamente en el análisis de la *fase de copia* de esta figura. Más profundamente, la rotación sugiere las tendencias oposicionales previamente discutidas y señala la labilidad de las reacciones potenciales de la paciente en sus relaciones con figuras percibidas como autoritarias.

Observando rápidamente las modificaciones y asociaciones restantes, los elementos narcisistas aparecen confirmados por el simbolismo ornamental de un sombrero y un bolso (figura 4). Las características fálicas y hostiles de la personalidad están enfatizadas por las asociaciones a la figura 5: aros y palos de croquet, un juego en el cual el símbolo femenino (pelota) es impulsada a través de una serie de símbolos sexuales femeninos "aros" para que haga contacto (¿se identifique?) con un símbolo fálico (estacas). Podríamos especular sobre el potencial drama edípico de esta asociación en la cual la paciente (pelota) conquista a la madre (arcos) para poseer al padre (estacas). Sugerencias más profundas de elementos fálicos y castradores en la personalidad están indicadas por la asociación a la figura 8 "cohete volador" junto con la separación de los extremos señalados por líneas horizontales. La evidencia adicional de dependencia fálica está también sugerida por la figura 7, "flechas" para señalar direcciones. Nosotros observamos los elementos castrantes de la personalidad de la paciente, nótese el extremo cortado de la "flecha" derecha. Finalmente, la figura 6 (asociación: "olas") sugiere oralidad, con su acompañante de dependencia. Esta asociación es también sugestiva de posibles tendencias adictivas.

Los resultados del test son, por lo tanto, indicadores de un individuo básicamente narcisista y egocéntrico que es emocionalmente lábil y que puede esperarse que actúe bajo un mínimo stress emocional. La paciente es agresiva, y está presente una considerable ansiedad latente; es marcadamente dependiente pero incapaz de aceptar esta dependencia.

El conflicto básico parece ser de naturaleza edípica. La paciente ha hecho una identificación paterna y al mismo tiempo tiene actitudes fuertemente ambivalentes hacia su padre. Su identificación con la madre es parcial e incompleta. Consecuentemente es evidente una confusión sobre su identidad sexual y niega sus deseos femeninos intentando asumir un papel masculino. De esto resulta un conflicto con el padre y otros hombres percibidos como fuertes, y reacciona con tendencias oposicionales y negativismo. Abiertamente es exigente, infantil y suspicaz, actúa libremente y externaliza las bases para su propia conducta.

Son, así, probables reacciones paranoides secundarias. Es probable que se ponga ansiosa fácilmente, reaccione con depresión y posible adicción al alcohol y/o a las drogas, particularmente porque éstas le permitirían hacerse más dependiente.

El funcionamiento del ego, aunque desparejo, está sin embargo, intacto. No aparece ninguna evidencia de funcionamiento psicótico en el protocolo de la AHTGB. Todas las Gestalt están adecuadamente percibidas y reproducidas, y no se presenta ninguna manifestación psicótica primaria.

Los modos básicos de adaptación de la paciente descriptos antes parecen ser una parte fundamental y característica de su personalidad. Su aparente incapacidad para tener noción de ellos y para modificarlos sugieren que son egosintónicos o de naturaleza caracterológica más que clásicamente psiconeuróticos. La labilidad, impulsividad y la naturaleza edípica de su problema sugieren como dato nuevo que éste es un desorden de carácter histérico.

Cuando pasamos a reconstruir la historia de esta paciente, encontramos que muy tempranamente percibió a su madre como una mujer débil e ineficaz dominada por su esposo, y como consecuencia la paciente no se identificó con ella. Por el otro lado idealizó a su padre, que era percibido como una persona muy inteligente, rígido y moralista; la paciente expresaba sentimientos positivos al mirarlo. El era muy afecto a ella cuando era una

niña, pero cuando tenía 8 años, su padre le dijo que ella era demasiado grande para sentarse en su falda y esto hizo que se sintiera rechazada por él. Al mismo tiempo él también indicó que ya "era muy grande para darle un azote en el lugar y por usual" tanto la castigaba pegándole en las manos.

Después de los 8 años, comenzaron actitudes rebeldes hacia su padre, y la paciente no pudo aceptar su continua "interferencia" en su vida. Su relación se hizo tan mala que ya no se hablaban, sino que se comunicaban por escrito. La paciente mantenía pocas relaciones interpersonales estrechas fuera de su casa durante la adolescencia y comenzó a salir con muchachos muy tarde a causa de las estrictas demandas e interferencias de su padre. Sin embargo, fuera del colegio conoció a un estudiante de derecho y se casó, abandonando sus estudios para ayudarlo a él mientras él continuaba estudiando. Vivió su matrimonio como situación que iba a reforzar su seguridad, e inconscientemente gratificó sus deseos de dependencia. Pero debido a que su esposo no era fuerte o suficientemente consistente en su propia orientación y tenía marcados problemas propios de dependencia, sus conflictos se intensificaron en vez de reducirse.

Siguiendo al matrimonio, una serie de traumas sirvió para reactivar aún más sus viejos conflictos concernientes a su inadecuación y culpa. Aprendió a gozar de las relaciones sexuales pero el nacimiento de sus hijos la hizo sentirse atrapada, y un defecto cardíaco congénito de uno de ellos hizo que emergieran necesidades de culpa y dependencia. Entonces la separación de su esposo debido a su servicio militar, su incapacidad para encontrar gratificación en una ocupación, y su inadecuada sublimación de su vida doméstica, reactivaron y reforzaron viejos problemas. La regresión y la extraversión se hicieron medios de defensa contra severos conflictos, y el uso de drogas y alcohol ofrecieron una tregua temporaria pero aumentaron sus problemas matrimoniales.

Cuando se la entrevistó en consulta psicológica, la paciente se mostró clínicamente ansiosa y levemente deprimida. Había consultado a algunos clínicos y había obtenido copioso surtido de anfetaminas, barbitúricos y ataráxicos. Consumía también un poco de whisky cada día. A pesar de la fuerte medicación era incapaz de dormir de noche, y aunque tomaba grandes dosis de anfetaminas durante el día, estaba fatigada y era incapaz de hacer los quehaceres domésticos. Luego pudo conseguir una muca-

ma permanente. Su aspecto era descuidado; usaba sweaters y polleras o vestidos tejidos; frecuentemente usaba el mismo conjunto durante varios días. Usaba poco o ningún maquillaje.

La paciente fue atendida en terapia por un período de dos años. Ella formó rápidamente una transferencia y una relación altamente dependiente con el terapeuta. Pronto desaparecieron sus síntomas de ansiedad y depresión, pero externalizó y proyectó la base de sus dificultades con respecto a su esposo. Rehusó hacerse responsable de su conducta, actuaba impulsivamente y racionalizaba su conducta diciendo que era la única reacción posible a su imposible situación. Básicamente insegura de sí misma e incapaz de aceptar el interés comprensivo que el terapeuta le brindaba, especialmente cuando se dio cuenta de su dependencia. Comenzó a ponerlo a prueba y a provocarlo, llegando 45 minutos tarde a una sesión pero pretendiendo ser atendida la hora completa, o no concurriendo en absoluto a las sesiones, para llamarlo a las 3 ó 4 de la mañana para discutir hechos triviales que según ella eran emergencias. Hacía otras demandas excesivas y reaccionaba con petulancia y negativismo cuando no la complacía. Cuando se le mostraban sus inconveniencias respondía con furia y enojo.

Aunque insistía en que no podía tolerar algunas situaciones diferentes y difíciles sin contar con ayuda externa, ella no sólo lo hacía sino que se desempeñaba en forma adecuada. A medida que la terapia progresaba, comenzó a diferenciarse, a tomar conciencia de sus problemas enfrentándolos, funcionando de una manera más realista e independiente. Su ingestión de drogas y alcohol disminuyeron y finalmente se eliminaron completamente. Sin embargo, antes de que la terapia estuviera completa, las circunstancias hicieron que se mudara y la relación terapéutica terminó.

Que los problemas de la paciente provenían de un desorden de carácter, surge de los datos de la historia clínica y del terapeuta. Los resultados de otros tests psicológicos confirman su orientación narcisista, labilidad emocional, dependencia encubierta y orientación por sobre todo histérica indicada por el análisis del protocolo de la AHTGB.

Capítulo XI

CASOS ILUSTRATIVOS: UN PROBLEMA ORGANICO

En este capítulo presentaremos el protocolo de la AHTGB de un paciente con un problema orgánico. Sólo fue empleada la *fase de copia* del método básico de administración. El protocolo (lámina 2) será analizado teniendo en cuenta los principios discutidos en los capítulos 5 y 6 para ilustrar la interacción de factores orgánicos y psicológicos en la producción del protocolo del test. A continuación, se presentará un breve resumen clínico.

El paciente es un negro de 62 años. En su historia consta que ha completado el décimo grado. Su historia laboral incluye trabajo como cocinero y trabajo no especializado de preparador de cueros para el frigorífico.

Cooperó durante todo el examen psicológico. En la AHTGB todas las figuras fueron dibujadas con la mano derecha. Los dibujos fueron hechos de manera cuidadosa y muy lentamente.

Una inspección inicial y general del protocolo revela que el paciente ha utilizado una hoja de papel y ha ordenado las figuras en una secuencia irregular (El primer cambio en la secuencia ocurre después de la figura 3, cuando el sujeto pasa de una progresión vertical a una lateral. La figura 6 presenta el segundo cambio en la secuencia, y las figuras 7 y 8 indican cambios adicionales). La colocación de las figuras es inusual: las figuras A, 1 y 2 están agrupadas, con una cantidad normal de espacio entre ellas; la figura 3 está aislada y separada de la figura 2 por una cantidad inusualmente grande de espacio, y las cinco figuras restantes están comprimidas dentro de menos de un cuarto de la página. Por otra parte, hay una colisión entre las figuras 5 y 8, y hay tendencias a la colisión en las figuras 2, 4 y 6.

El ordenamiento secuencial, colocación, colisión y tendencias a la colisión indican mala planificación y un juicio indecuado, su-

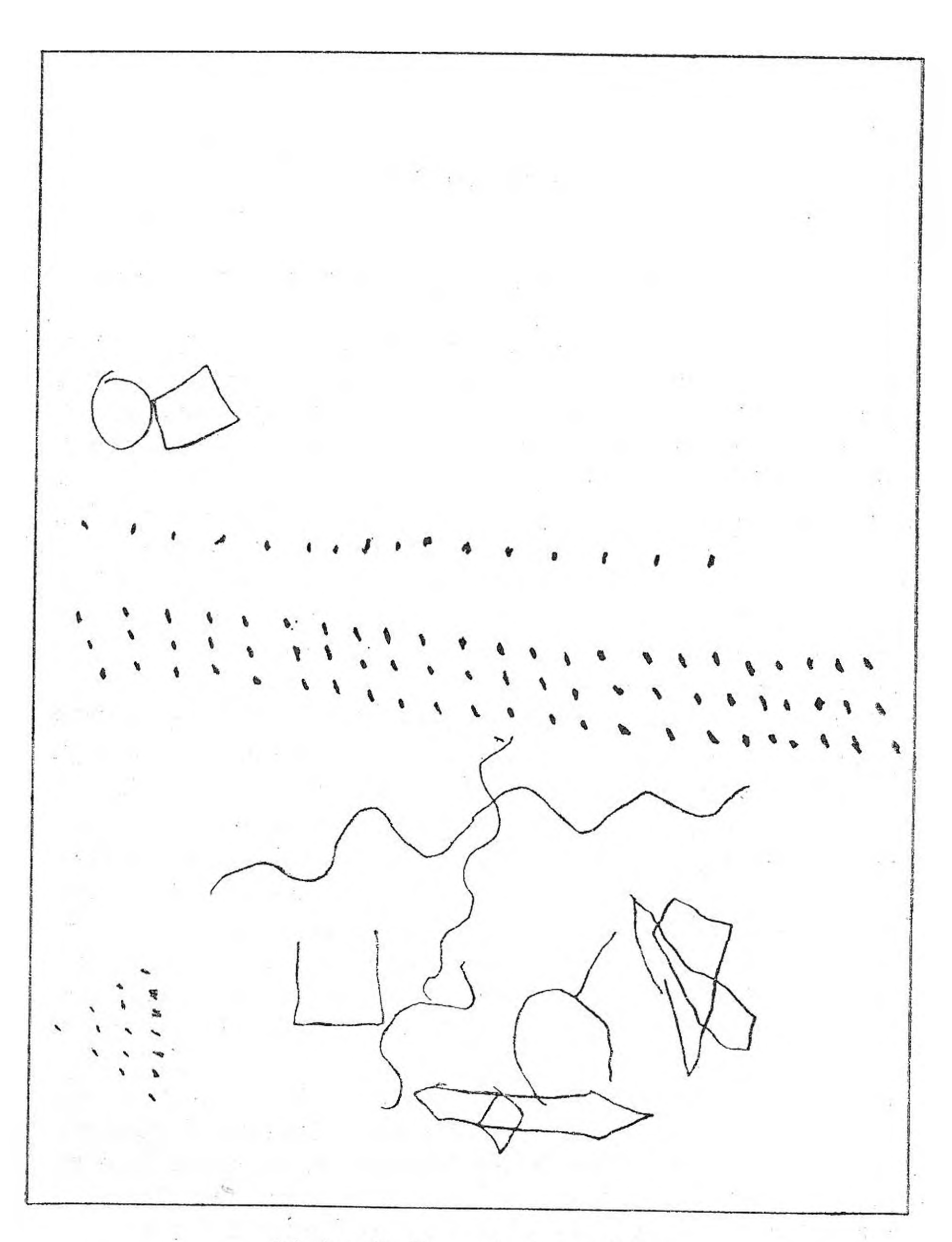


Lámina 11. Un protocolo orgánico.

giriendo la hipótesis inicial de un desmejoramiento del funcionamiento del ego. Ya que los dibujos fueron hechos lentamente inferimos que la impulsividad no era un factor y que el paciente estaba, en realidad, intentando un control. El fracaso de estos intentos señala la severidad del deterioro de su ego.

Una tendencia hacia el uso del margen es evidente en la colocación de las figuras A, 1, 2 y 3, sugiriendo sentimientos de inseguridad o inadecuación, e intentos compensatorios de luchar contra estos sentimientos. La colocación de las figuras restantes también refleja tendencias hacia la introversión y pasividad como un intento para superar la tensión y las inadecuaciones percibidas.

La característica general de la línea de los dibujos manifiesta mala coordinación, particularmente en los puntos, que son completamente pesados e irregulares. Estos factores sustentan la impresión de intentos compensatorios de control por parte del paciente, y más profundamente sugieren que hay una considerable tensión y/o daño neurológico. En este punto, la evidencia tomada en conjunto sugiere que nos enfrentamos con un individuo que tiene las funciones del ego marcadamente perturbadas; que tiene fuertes sentimientos de inadecuación, es ansioso, reacciona con pasividad e introversión y está haciendo fuertes intentos compensatorios de restitución que son relativamente ineficaces.

Retomando por separado los dibujos: la figura A está colocada en una posición levemente atípica. Aunque la Gestalt esencial está preservada, es evidente la dificultad de cierre tanto en el cierre del círculo como en la unión del círculo con el cuadrado; más aún, los ejes vertical y horizontal del cuadrado están dibujados oblicuamente. Los "huecos" en el cierre parecen indicar dificultad para mantener relaciones interpersonales, caracterizada por introversión, pero, a la luz de la característica general de la línea que se discutió antes, puede reflejar también incoordinación motora, una posibilidad sustentada por el desequilibrio del cuadrado. La colocación atípica de la figura A sustenta la hipótesis de una perturbación del ego y de temor ante relaciones interpersonales. El tamaño relativamente grande del cuadrado en relación al círculo sugiere una necesidad inconsciente de identificarse con un papel masculino.

Los puntos de la figura 1 están puestos en una línea ondulante con una rotación general en el sentido de las agujas del reloj. La perseveración está indicada por la presencia de 16 pun-

tos en vez de 12 como había en el estímulo. Los puntos mismos son sobremarcados e irregulares. Se sugieren rasgos depresivos (rotación en el sentido de las agujas del reloj). Se sustentan también intentos para trabar la tensión a través del uso de la internalización y sobrecontrol compensatorio (característica de los puntos). La pérdida del funcionamiento del ego continúa siendo marcada (perseveración b y característica ondulante de la Gestalt). La característica pesada de los puntos indica que se está haciendo un esfuerzo compensatorio para mantener el control.

Los mismos factores generales observados en la figura 1 están presentes en la figura 2 con el agregado de perseveración. Estos factores perseverativos introducen la hipótesis de bastante severa rigidez en este paciente. Además, la sustitución de puntos por círculos en esta figura indica retrogresión en una tarea relativamente fácil, sugiriendo la posibilidad de lesión cerebral difusa.

El excesivo espacio entre las figuras 2 y 3 con la consiguiente colocación de la figura 3 en el rincón inferior izquierdo de la hoja parece ser el resultado del intento del paciente para orientar mejor su dibujo usando el rincón como guía. Sin embargo, el aumentado uso del espacio sugiere que hay impulsos hostiles que tienden a encontrar expresión ocasional. La reacción secuencial del paciente a esta irrupción parece reflejarse en la manera como ha comprimido la figura disminuyendo su dimensión horizontal. Esto señala sus intentos persistentes de ajuste a través de la introversión. La angulación está disminuida, indicando sobre-control y baja reacción a estímulos emocionales y/o déficit neurológico. La característica de los puntos es consistente en las figuras 1 y 2 y sustenta la hipótesis de que el paciente usa la internalización e intenta aplicar un sobrecontrol.

La característica de la línea de la figura 4 es temblorosa, con evidencia de mal control y mala coordinación en el "sobremarcado" en la parte superior de la porción curva de la Gestalt y en la parte superior de la línea vertical derecha del cuadrado abierto. La hostilidad indicada por el excesivo espacio entre las figuras 2 y 3 ahora parece estar relacionada con conflicto con figuras autoritarias (longitud aumentada de la vertical derecha en el cuadrado abierto). La hipótesis es que este paciente tiene fuertes impulsos hostiles que están relacionados con un conflicto básico con figuras autoritarias. En general, este paciente no expresa hostilidad directamente, sino que más bien la suprime, como se

sugiere por las persistentes tendencias hacia la introversión y por el sobrecontrol e internalización indicada por los datos anteriores. Sin embargo, su desmejorado funcionamiento del ego interfiere con estas defensas hasta el punto de que ocurre ocasional pérdida de control con la consiguiente expresión de hostilidad. La dificultad de cierre está también presente como estaba en la figura A. Las dificultades ante relaciones interpersonales caracterizadas por introversión, como se sugirió antes, ahora parecen sustentarse. Sin embargo, ya que la dificultad de cierre está acompañada por incoordinación, por la mala calidad de la línea en todas las figuras, y por "dibujo confuso" en la porción curva de la *Gestalt,* la hipótesis de lesión cerebral está más sólidamente sustentada.

La simplificación de la figura 5 señala la impotencia del paciente y la inadecuación para luchar con un estímulo relativamente complejo. Aquí, otra vez, la característica temblorosa de la línea sugiere incoordinación motora de fundamento neurológico. La característica irregular y despareja de la porción curva de esta figura, la leve rotación en sentido contrario a las agujas del reloj, y la severa reducción del tamaño de la figura no sólo sustentan la hipótesis de lesión cerebral orgánica sino que también refuerzan la impresión de reacción básicamente pasiva a deseos hostiles inconscientes.

La figura 6 está aumentada de tamaño particularmente en la dimensión lateral. Hay alguna irregularidad en las curvas con considerable achatamiento de la curva vertical. El ángulo intersectante es más bien recto que agudo y la figura entera está levemente rotada en el sentido contrario a las agujas del reloj. Las tendencias a la colisión anotadas antes están presentes. Hipótesis: pérdida de control pronunciada bajo estímulo emocional; con dicha pérdida de control, los impulsos hostiles se pueden expresar; el conflicto con figuras autoritarias, como se sugirió previamente, es evidente y está indicando un leve estado de tensión con incoordinación motora.

La dificultad de superposición, la simplificación y la dificultad de cierre son partes en la figura 7. Esta Gestalt está dibujada como una figura continua más que como dos exágonos superpuestos. La característica de la línea es irregular y se nota un cambio de presión en el lápiz evidenciado por líneas oscuras y claras. El paciente también emplea más tiempo en esta figura que

en cualquier otra figura del test. Por primera vez en las series del test la *Gestalt* esencial está perdida, aunque es también evidente que el paciente trató con gran esfuerzo de preservarla.

El desempeño del paciente en esta figura señala su incapacidad para luchar con un estímulo relativamente complejo. A pesar de esto, persiste en su intento de resolver el problema, revelando al mismo tiempo su impotencia. Se restablecen controles compensadores. La marcada evidencia de dificultad de cierre indica que una tarea frustrante lo lleva a un aumento de irritabilidad y otras dificultades en relaciones interpersonales. Una hipótesis adicional es la de impotencia sexual.

La figura 8 está levemente reducida en la dimensión horizontal. El rombo interno está descentrado hacia la izquierda y está aumentado de tamaño y se prolonga sobrepasando el límite inferior del exágono. En contraste con la figura 7, la forma del exágono está adecuadamente reproducida, aunque el paciente tuvo dificultad con la "punta izquierda". La dificultad de cierre y la incoordinación son de nuevo manifiestas. La colisión con la figura 5 es evidente. Están indicados desmejoramiento de las funciones del ego e incapacidad para planear adecuadamente. Se sugieren sentimientos de impotencia (tratamiento de las puntas) e intentos compensatorios frente a una identificación masculina (aumento de tamaño del rombo) con tendencia hacia la introversión (disminución en la dimensión horizontal).

Este protocolo es sorprendente por la coherencia de los factores que están en él, lo cual sugiere un desmejoramiento bastante severo de las funciones del ego. Hay algunos síndromes clínicos que pueden producir tal deterioro.

La deficiencia mental puede excluirse sobre la base de la madurez mental de las reproducciones guestálticas del paciente, particularmente de la figura 8 y trazado de la figura 7 como una línea continua, que indican un funcionamiento intelectual previo superior al promedio. Además, el defectuoso mental característicamente simplifica las Gestalt separando las figuras en sus elementos esenciales.

Tal desmejoramiento del funcionamiento del ego puede ocurrir en casos de reacciones agudas aunque transitorias. Aunque es evidente que la tensión está reflejada en este protocolo, la ansiedad no es severa, y los métodos de trabajo lentos y metódicos no son coherentes con tal reacción.

Como consecuencia, el problema que surge en este punto es el del diagnóstico diferencial entre psicosis funcional u orgánica y lesión orgánica cerebral.

Hay poca evidencia de regresión en el protocolo, y aunque hay deficiencia en el funcionamiento del ego, el contacto con la realidad parece adecuado. Sólo una de las *Gestalt* está reproducida inadecuadamente y, aun en este caso, la relación entre los elementos de la figura está preservada. Más bien, la deficiencia específica del ego parece estar relacionada con una pobreza de juicio y de capacidad para hacer planes. Además, a pesar de la amplia evidencia de incoordinación, el paciente parece estar manifestando una dificultad perceptiva más que dificultad en la ejecución. El adecuado dibujo del exágono en la figura 8 sugiere que la dificultad con la figura 7 resultó de una incapacidad para organizar la *Gestalt* perceptualmente más que incapacidad para reproducir las figuras exagonales. Esta marcada dificultad en la organización perceptiva de un estímulo relativamente complejo sugiere patología intracraneal difusa más que psicosis.

La evidencia de impotencia, rigidez e intentos compensatorios de control en este protocolo de la AHTGB son factores de personalidad también asociados con lesión cerebral orgánica.

A esta altura, es evidente que el paciente es un individuo con lesión cerebral que es levemente deprimido y ansioso, se siente impotente y ha reaccionado aparentemente con rigidez y mecanismos compensatorios para intentar mantener su ajuste. ¿Qué se puede decir entonces de su personalidad premórbida? La personalidad primaria parece ser la de un individuo que tiene dificultad para establecer catexias interpersonales tolerables, utiliza mecanismos pasivos y tiende a la introversión más que a actuar de una manera agresiva. La tensión es enfrentada con internalización. Un área básica de conflicto parece estar asociada con figuras autoritarias, y la hostilidad resultante es reprimida. Bajo el impacto de situaciones fuertemente emocionales, ocurre alguna pérdida de control, con tendencias concomitantes hacia la impulsividad.

Como resultado de la lesión cerebral, aparecen algunos factores mayores. Hay alguna intensificación de sus sentimientos de impotencia y una exageración de sus intentos previos de ajuste a través del uso de técnicas supresivas. Los intentos del paciente de control compensatorio, tan evidentes en los datos del

test, son la consecuencia de esto. Pero sus defensas, aunque intensificadas, son menos eficaces y tiende a perder el control más fácilmente.

Aproximadamente 18 meses antes de someterse al test, el paciente notó un repentino debilitamiento de su brazo y pierna izquierdo, que lo hacía caer al suelo. Inicialmente, hubo algún leve progreso de modo que pudo caminar dentro de su casa. Sin embargo, a la mañana siguiente hubo una parálisis completa del lado izquierdo del cuerpo. Bajo hospitalización, los hallazgos médicos incluyeron fluido espinal sanguinolento. La recuperación fue buena de modo que en el momento de la evaluación psicológica había sólo una leve debilidad residual de las extremidades izquierdas. El paciente caminaba con una leve cojera y tenía buen uso de su brazo y mano izquierdos.

Un reciente examen médico descubrió debilidad de su pierna y brazo izquierdo, levemente acentuados los reflejos profundos de tendones a la izquierda. Hoffman positivo, Babinski positivo en la izquierda, clonismo sostenido en el tobillo izquierdo y una leve pérdida de la sensación táctil en lado izquierdo. El examen oftalmológico reveló arco senil bilateral, tortuosidad del fondo de ojo, lesión en las arteriolas y mínima compresión arteriovenosa. La impresión final fue de arterioesclerosis cerebral y residuos de una hemiplejia izquierda como resultado de un leve accidente vascular.

El paciente apareció prolijamente vestido y bien aseado; hablaba coherentemente usando buen vocabulario. Su conversación en los diálogos ocasionales que ocurrieron fue adecuada, mas cuando se le daban instrucciones relativamente complejas, era incapaz de comprenderlas bien y de actuar de acuerdo con ellas.

El paciente llegó dos horas tarde a la cita alegando que no pudo encontrar el edificio. Pero los testimonios del sanatorio donde reside indican que es olvidadizo. Coincidentemente insistió en que su ataque se produjo en 1957, pese a que los protocolos del hospital indican que fue en 1958.

Hallazgos clínicos adicionales incluyen un C.I. Wechsler Bellevue de 78 con componentes de C.I. de 87 verbalmente y 70 en la escala de desempeño. Había evidencia de pensamiento concreto, pobre memoria e incapacidad para organizar y para sintetizar; también confundía el color amarillo con el blanco. La impresión

general derivada del desempeño del paciente en el Wechsler Bellevue fue de lesión cerebral orgánica.

Por consiguiente, la evidencia médica así como la evidencia psicológica adicional confirman la impresión sobre este paciente derivada de su desempeño en la AHTGB; es decir, lesión intracraneal difusa.

Capítulo XII

CASOS ILUSTRATIVOS: UN CASO DE RETARDO MENTAL

Se presenta en este capítulo la *fase de copia* del protocolo de la AHTGB producido por una paciente que es primariamente una deficiente mental. El protocolo (Lámina 12) será analizado de la manera utilizada en los capítulos precedentes.

La paciente era una mujer blanca de 25 años. Después de fracasar en completar el segundo grado, fue colocada en clases de educación especial hasta que las autoridades de la escuela la expulsaron porque era "incapaz de aprender". Nunca había tenido un trabajo.

Fue muy cooperadora durante el test y usó su mano derecha para dibujar todas las figuras, trabajó lentamente y cuidadosamente, tomando una cantidad de tiempo mayor que lo normal para completar los dibujos. Sus comentarios durante el test fueron: "Yo no puedo hacerlo", "Yo no sé", "Es confuso".

La inspección inicial del protocolo indica que la paciente ha ordenado sus dibujos en una hoja de papel con una secuencia metódica (sólo ocurren dos cambios en la dirección: entre las figuras 5 y 6, 7 y 8). Todas las figuras están colocadas en la mitad superior de la hoja, y son generalmente apropiadas en tamaño pero el uso general del espacio es comprimido.

Estos factores sugieren que las funciones del ego de la paciente son adecuadas (secuencia y tamaño) pero que la orientación general es pasiva y caracterizada porque cuando se presenta algún impulso hostil, lo reprime (uso comprimido del espacio).

La calidad de la línea es relativamente uniforme, con pequeña evidencia de incoordinación. Las líneas están dibujadas firmemente con buena presión, sugiriendo que los impulsos están usualmente bien controlados.

La figura A está colocada en un lugar inusual. Está dibuja-

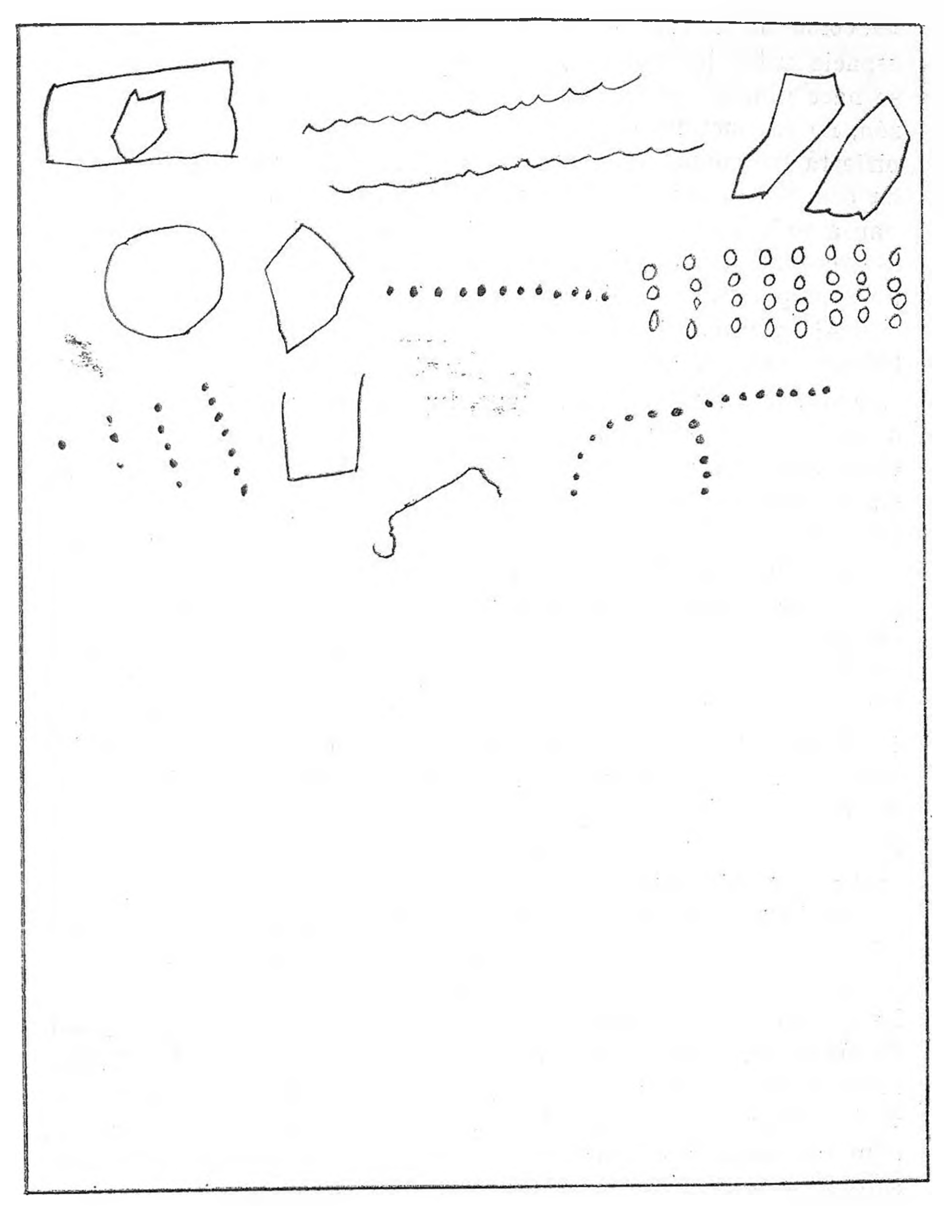


Lámina 12. Protocolo de un deficiente mental.

da como un círculo y un cuadrado separados con considerable espacio entre los dos elementos de la figura. Aparentemente no se hace ningún esfuerzo para unir estos elementos. Por esta razón, no se computa dificultad de cierre. Más bien, el dibujo manifiesta fragmentación o simplificación, y la pregunta es si esto ha ocurrido a causa de incapacidad para ejecutar la figura o a causa de incapacidad para percibir la Gestalt total. Tal separación es frecuente en niños pequeños, deficientes mentales, esquizofrénicos y pacientes orgánicos.

Al examinar la figura A en detalle, notamos que el círculo ha sido dibujado uniendo dos segmentos de una manera bien articulada. La paciente, sin embargo, tuvo gran dificultad con el cuadrado abierto, reproduciéndolo finalmente como una figura de cinco lados. Inferencia: dificultad perceptiva, coordinacional o de maduración en la cual un nivel más temprano (círculo: 3 años) está intacto pero un nivel más alto (cuadrado abierto: 7 años) no ha sido alcanzado o ha ocurrido regresión.

En la figura 1 se ha reproducido el número correcto de puntos. Los puntos están llenados pesadamente, sugiriendo una considerable inversión de energía en una tarea relativamente simple. Hipótesis: la tensión es contenida a través de la internalización y ritual compulsivo. Hay un aumento de la dimensión lateral de esta figura, y está levemente rotada en el sentido de las agujas del reloj, lo que es indicio de dificultades en las relaciones interpersonales, el empleo en ellas del aislamiento como técnica y posibles tendencias depresivas.

La figura 2 está también disminuida en su dimensión lateral; está reproducida con un número incorrecto de columnas (8 en vez de 10) pero está compuesta de círculos bien articulados. La reducción en el número de columnas se debería a incapacidad de planificar o prever. Esto surge del hecho de que el dibujo termina siempre al borde de la hoja. La angulación de las columnas está cambiada a la vertical. La primera columna está correctamente compuesta de una serie de tres círculos pero las columnas subsiguientes consisten en series de cuatro círculos; una forma de perseveración b.

La adecuada reproducción de los círculos por parte de la paciente sugiere funcionamiento capaz en un nivel de madurez más bajo. La dificultad de angulación puede indicar baja reacción a estímulos emocionales (disminución de la agudeza de los ángulos)

pero también presencia de factores de maduración u orgánicos. La introversión en relaciones interpersonales está también sustentada más profundamente (disminución de las dimensiones laterales). También está indicada rigidez (perseveración b).

La paciente manifiesta dificultad de angulación en la figura 3. Las líneas de puntos anguladas se dibujan como si fueran rectas, pero se intenta la angulación rotando cada línea de puntos en dirección contraria a las agujas del reloj; sin rotar sin embargo la figura misma. Por consiguiente, la paciente mantiene una *apariencia* de angulación en esta figura, pero es incapaz de angular cada línea más o menos en un punto medio. La Gestalt básica está perdida. Sin embargo, puede considerarse también que ésta es una forma de simplificación y sugiere dificultad al copiar un estímulo relativamente complejo así como componentes maduracionales y/o orgánicos. Los puntos en esta figura están pesadamente trabajados, sustentando la inferencia previa de que la paciente internaliza tensión.

Volviendo a la figura 4, encontramos que la paciente ha separado de nuevo la Gestalt en sus dos elementos separados. El cuadrado abierto se retiene, excepto que la vertical derecha es más larga que la vertical izquierda. Hipótesis: conflicto con la autoridad, supresión de la hostilidad y una probable orientación pasiva ante figuras autoritarias (secuencia y organización, sobretrabajado de los puntos). La paciente tiene gran dificultad con la porción curva de la figura 4. La curva es levemente irregular, está achatada y aparece un rizo adicional en el ángulo inferior izquierdo. Inferencias: dificultad de coordinación rítmica en el trazado de formas curvas complejas, lo que indica déficit de madurez y una tendencia a baja reacción a estímulos emocionales. La fragmentación y simplificación de la figura 4 también sustenta la hipótesis de que éste es un problema maduracional, orgánico o psicótico.

La figura 5 está bien dibujada con la excepción de una moderada rotación en el sentido de las agujas del reloj de la porción oblicua. La calidad de los puntos es coherente con la descripta previamente. Se sustenta la hipótesis de que esta paciente lucha con la tensión mediante la internalización y que controla los impulsos adecuadamente. La excelente calidad de la porción curva de esta Gestalt indica que la paciente puede funcionar adecuadamente en una edad mental de 3 años, a cuyo nivel puede ser bien

dibujado un círculo bien diferenciado (ver también las figuras A y 2). La rotación de la porción oblicua de la figura 5 puede ser una manifestación de dificultad en angulación similar a la encontrada en la figura 3 o un intento para evitar una colisión con la figura 2. En el último caso, esto implica un adecuado funcionamiento del ego, sugerido previamente por la secuencia de la paciente, lo que indica un proceso psicótico.

La fragmentación y simplificación también ocurren en la figura 6. Además tiene lugar un achatamiento de las curvas que son reproducidas como un garabato. Este tratamiento es característico de niños de un nivel de 5 años y agrega peso a la inferencia de deficiencia mental. La dificultad con las curvas (achatamiento) también sugiere baja reacción a estímulos emocionales.

La figura 7 también manifiesta fragmentación y simplificación. Además, la paciente es incapaz de reproducir una forma exagonal. En este punto, está claramente indicada una falta de capacidad para ejecutar coordinaciones viso-motoras complejas, siendo tal dificultad probablemente de origen maduracional. La forma exagonal de la figura 8 está simplificada como un rectángulo aceptable. El rombo interno está dibujado inadecuadamente como una figura irregular en sus lados. La dificultad con la forma del rombo es coherente con el tratamiento del cuadrado oblicuo en la figura A. El manejo de esta Gestalt es típico de un deficiente mental (retrogresión, simplificación e incapacidad para percibir y completar Gestalt complejas).

Las distorsiones aparecidas en este protocolo podrían ser el resultado de uno de varios síndromes clínicos. Estas entidades son: esquizofrenia, lesión cerebral orgánica, deficiencia mental primaria, y deficiencia mental secundaria con lesión cerebral orgánica.

Haciendo el diagnóstico diferencial se debe señalar que deberíamos esperar, tanto en el caso de esquizofrenia como de lesión cerebral orgánica, evidencia en el protocolo del test de niveles variables de ajuste y madurez. Es decir, en ambos tipos de desórdenes la paciente habría alcanzado niveles relativamente altos de desarrollo maduracional, pero de resultas de regresiones esquizofrénicas con concomitancia orgánica, había perdido esta "madurez" y había hecho un ajuste en un nivel más primitivo en alguna pero no en *todas* las Gestalt. Desde un punto de vista teórico, tal retrogresión nunca es completa; es irregu-

lar y persiste la evidencia de un nivel más alto de ajuste en la conducta así como en los datos del test. Volviendo al protocolo, encontramos que la paciente reproduce muy adecuadamente las formas circulares en todas las oportunidades. Además de un adecuado cuadrado abierto de la figura 4 y la forma rectangular producida en la figura 8, inferimos que la paciente es capaz de producir la forma cuadrada, lo cual indica un funcionamiento a un nivel de 5 años. Al dibujar el rombo (nivel de 7 años) fracasa en todos los casos, igual que en la forma exagonal. Esta paciente tiene un funcionamiento que no es consistente ni con esquizofrenia ni con lesión orgánica cerebral.

Las funciones relativamente buenas del ego de la paciente manifestadas en una secuencia metódica, el apropiado tamaño de las *Gestalt* y el tratamiento de la figura 5 en la cual se evita la posible colisión, también es contraindicativo de una psicosis. También se puede inferir lesión orgánica cerebral sobre la base adicional de la buena coordinación de la paciente, particularmente la regularidad de su dibujo de los puntos (ver el protocolo de test en el capítulo 11 para comparación), la calidad pareja de las líneas y la apariencia generalmente consistente del protocolo del test.

Por otro lado, el adecuado funcionamiento de la paciente a un nivel de madurez más bajo y la total incapacidad para funcionar en nivel más alto, las fragmentaciones y simplificaciones coherentes de todas las figuras con cualquier tipo de elementos son una evidencia rotunda de deficiencia mental. Ya que no encontramos ninguna evidencia de lesión cerebral orgánica, la impresión diagnóstica es de deficiencia mental primaria.

El C.I. de la paciente se puede estimar también a partir de estos datos. Es capaz de conducta madura a nivel de cinco años (dibujando el cuadrado) pero no a un nivel de siete años (dibujando el rombo) (Terman y Merrill, 1937). El nivel de algunas de sus otras reproducciones, particularmente de la figura 5 sugiere una edad mental probable de seis años. El C.I. estimado es, por lo tanto, de 37.

El inadecuado nivel maduracional de la paciente permite inferencias derivadas de muchos de los factores del test altamente confiables. Las hipótesis asociadas con los factores de dificultad en la angulación y similares deben ser evaluadas más cuidadosamente ahora.

Pero otros factores tales como secuencia, uso del espacio, tamaño y calidad de la línea están poco afectados por factores de maduración. Sobre la base de hipótesis desarrolladas sobre estos últimos factores podemos concluir que la fuerza del ego de la paciente es adecuada para su nivel de maduración, que tiene una orientación general pasiva, que tiende a suprimir y a internalizar la tensión, inhibe los impulsos y la hostilidad. Es probable que sea complaciente y cooperadora, con poco peligro de exteriorización impulsiva. Estas características de la personalidad tienen considerables implicancias para el manejo educacional y/o vocacional.

La paciente siempre ha sido observada como "lenta". El embarazo de la madre fue normal y el parto fue fácil. La historia médica no aporta hechos sustanciales y no hay vestigios de daño o enfermedad de una naturaleza que pueda haber contribuido a su deficiencia.

Vive en su casa y sus padres la describen como "bien educada". Coopera y es dócil. Nunca sale de casa si no es acompañada por un miembro de la familia.

La paciente ocupa su tiempo viendo televisión, haciendo los quehaceres domésticos, "cosiendo" y "leyendo". Puede reconocer letras así como palabras simples de una sílaba y le deletrea palabras a su madre que las pronuncia para ella.

Su apariencia clínica era congruente con la descripción de sus padres. Ella estaba prolijamente vestida y bien aseada. En general su orientación era pasiva y manifestaba darse cuenta de sus inadecuaciones, como lo indicaban sus comentarios durante el test, aunque ella también intentaba cubrirlos hablando sobre su "lectura y estudio".

El resumen del Weschler - Bellevue de la paciente es el siguiente:

Verbal		*Desempeño*	
Información	3	Ordenamiento de la lámina	3
Comprensión	2	Completación de la lámina	0
Memoria de dígitos	0	Dibujo	1
Aritmética	0	Unión de objetos	0
Similitudes	2	Símbolo dígito	4

C.I. verbal	53
C.I. desempeño	43
C.I. en la escala total	46

Las verbalizaciones de la paciente fueron a un nivel extremadamente concreto y enfrentaba tareas que exigían razonamiento (arreglo de la lámina, dibujo, reunión de objetos) de una manera errónea. Sus puntajes de C.I y el nivel relativamente parejo de su desempeño en el test sustentan la impresión diagnóstica de deficiencia mental primaria.

Referencias

Aaronson, B. S. The Porteus Mazes and the Bender-Gestalt recall. *J. Clin. Psychol.*, 1957, *13*, 186-187.

Allport, G. W. *Personality; Psychological Interpretation.* New York: Holt, 1937.

Alschuler, R. H. and Hattwick, L. B. W. *Painting and Personality: A Study of Young Children*, vols. 1, and 2. Chicago: Univ. Chicago Press, 1947.

Bell, J. E. *Projective Techniques: A Dynamic Approach to the Study of the Personality.* New York: Longmans, Green, 1951.

Bender, L. *A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use.* Amer. Orthopsychiat. Assoc. Res. Monogr., Nº 3. New York: Amer. Orthopsychiat. Assoc., 1938.

Bender, L. *Instructions for Use of the Visual Motor Gestalt Test.* New York: Amer. Orthopsychiat. Assoc., 1946.

Bender, L. Psychological principels of the Visual Motor Gestalt Test. *Trans. New York Acad. Science*, 1949, *70*, 164-170.

Bender L. *Foreword.* In A. Tolor and H. Schulberg. An *Evaluation of the Bender-Gestalt Test.* Springfield: Thomas, 1963.

Benton, A. Visual motor gestalt test. In O. K. Buros, (Ed.). *The Fourth Mental Measurements Yearbook.* Highland Park, New Jersey: Gryphon Press, 1953.

Breen, H. The differential diagnostic technique as a measure of hostility. Unpublished dissertation, Univ. Western Ontario, 1953.

Carr, A. C. (Ed.). *The Prediction of Overt Behavior Throungh the Use of Projective Techniques.* Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1960.

Clawson, A. The Bender Visual Motor Gestalt Test as an index of emotional disturbance in children. *J. Proj. Tech.*, 1959, *23*, 198-206.

Crenshaw, D., Bohn, S., Hoffman, M., Matheus, J., and Offenbach S. The use of projective methods in research: 1947-1965. *J. Proj. Tech. and Personal. Assess.*, 1968, *32*, 3-9.

Cronbach, L. J. *Essentials of Psychological Testing.* New York: Harper, 1960.

Freud, A. *The Ego and the Mechanisms of Defense.* London: Hogarth Press. 1937.

Freud, S. *New Introductory Lectures in Psychoanalysis.* New York: Norton, 1933.

Fuller, J. B., and Chagnon, G. Factors influencing rotation in the Bender-Gestalt performance of children. *J. Proj. Tech.*, 1962, *26*, 36-46.

Gesell, A., Ilg., F. L., and Bullis, G. *Visión: Its Development in the Child.* New York: Harper 1949.

Gobetz, W. A quantification, standardization, and validation of the Bender-Gestalt Test on normal and neurotic adults. *Psychol. Monogr.*, 1953, *67*, Nº 6 (Whole Nº 356).

Grinker, R. R., and Spiegel. J. P. *Men Under Stress.* Phila.: Blakiston, 1945.

Guertin, W. H. A factor analysis of the Bender-Gestalt Test of patients. *J. Clin. Psychol.*, 1952, *8*, 362-367.

Guertin, W. H. A factor analysis of curvilinear distortions on the Bender-Gestalt. *J. Clin. Psychol.*, 1954 (a), *10*, 12-17.

Guertin, W. H. A transposed factor analysis of schizophrenic performance on the Bender-Gestalt. *J. Clin. Psychol.*, 1954 (b), *10*, 225-228.

Guertin, W. H. A transposed analysis of the Bender-Gestalts of brain disease cases. *J. Clin. Psychol.*, 1954 (c), *10*, 366-369.

Guertin, W. H. A transposed analysis of the Bender-Gestalts of paranoid schizophrenics. *J. Clin. Psychol.*, 1955, *11*, 73-76.

and G. L. Anderson (Eds.). *An Introduction to Projective Techniques.* New
Halpern, F. The Bender Visual Motor Gestalt Test. In H. H. Anderson
York: Prentice Hall, 1951.

Hebb, D. O. *The Organization of Behavior.* New York: Wiley, 1949.

Helson, H. Perception and personality—A critique of recent experimental literature. *USAF School of Aviation Medicine,* Proj. Nº 21, July 1953.

Hoch, P., and Rachlin, H. L. An evaluation of manic-depressive psychosis in the ligth of follow-up studies. *Amer. J. Psychiat.*, 1941, *97*, 831-843.

Hunt, J. McV. *Intelligence and Experience.* New York: Macmillan, 1961.

Hutt, M. L. *A Tentative Guide for the Administración and Interpretation of the Bender-Gestalt Test.* U. S. Army, Adjutant General's School (Restricted), 1945 (a).

Hutt, M. L. The use of projective methods of personality measurement in army medical installations. *J. Clin. Psychol.*, 1945 (b), *1*, 134-140.

Hutt, M. L. The Bender Gestalt Test: the Case of Gregor. Interpretation of Test Data. Symposium, Amer. Psychol. Assoc., Denver, 1949. Also in *Rorschach Res. Exch. and J. Proj.*, 1949, *13*, 443-446.

Hutt, M. L. Bender Gestalt drawings. In E. S. Schneidman, W. Joel, and K. B. Little. *Thematic Test Analysis.* New York: Grune and Stratton, 1951.

Hutt, M. L. Revised Bender Visual-Motor Gestalt Test. In A. Weider (Ed.). *Contributions Toward Medical Psychology,* Vol. II. New York: Ronald Press, 1953.

Hutt, M. L. The revised Bender Gestalt Test. Symposium, Amer. Psychol. Assoc., Cincinnati, Ohio, 1959. Also in A. C. Carr (Ed.). *The Prediction of Overt Behavior through the Use of Projective Techniques.* Springfield, Illinois: Charles C Thomas, 1960.

Hutt, M. L. The Bender-Gestalt Test. In D. Rosenthal (Ed.). *The Genain Quadruplets: A Study of Heredity and Environment in Schizophrenia.* New York: Basic Books, 1963.

Hutt, M. L. The projective use of the Bender-Gestalt test. In A. I. Rabin (Ed). *Projective Techniques in Personality Assessment.* New York: Springer, 1968.

Hutt, M. L., and Briskin, G. J. *The Hutt Adaptation of the Bender-Gestalt Test.* New York: Grune and Stratton, 1960.

Hutt, M. L., and Gibby, R. G. *Patterns of Abnormal Behavior.* Boston: Allyn and Bacon, 1957.

Hutt, M. L., and Gibby, R. G. *The Mentally Retarded Child,* 2nd Ed. *Development, Guidance and Treatment.* Boston: Allyn and Bacon, 1965.

Hutt, M. L., and Shor, J. Rationale for routine Rorschach "Testing the Limits." *Rorschach Res. Exch.*, 1946, *10*, 70-76.

Hutt, M. L., and Feuerfile, D. The clinical meanings and predictions of a measure of perceptual adience-abience. Amer. Psychol. Assoc., Philadelphia, 1963.

Keller, J. E. The use of the Bener-Gestalt maturation level scoring system with mentally handicapped children. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 1955, *25*, 653-573.

Klopfer, B. *The Rorschach Technique.* Yonkers, New York: World Book, 1942.

Klopfer, B., Ainsworth, M. D., Klopfer, W. G., and Holt, R. R. *Developments in the Rorschach Technique.* Yonkers, New York: World Book, 1954.

Koffka, K. *The Growth of the Mind.* New York: Harcourt, Brace, 1931.

Koppitz, E. M. The Bender-Gestalt Test and learning difficulties in young children. *J. Clin. Psychol.*, 1958, *14*, 292-295.

Koppitz, E. M. The Bender-Gestalt Test for children: a normative study. *J. Clin. Psychol.*, 1960, *16*, 432-435.

Koppitz, E. M. *El Test Gaestáltico Visomotor para niños.* Buenos Aires. Guadalupe, 1969.

Lindsay, J. The Bender-Gestalt Test and psychoneurotics. *J. Ment. Science*, 1954, *100*, 980-982.

McPherson, M. W., and Pepin, L. A. Consistency of Bender-Gestalt designs. *J. Clin. Psychol.*, 1955, *11*, 163-166.

Mira, E. *Psychiatry in War.* New York: Norton, 1943.

North, S. The diagnostic efficiency of a drawing technique. Unpublished dissertation. Univ. Western Ontario, 1953.

Pascal, G. R., and Suttell, B. J. *The Bender-Gestalt Test: Its Quantification and Validity for Adults.* New York: Grune and Stratton, 1951.

Peek, R. M. Directionality of lines in the Bender-Gestalt Test. *J. Consult. Psychol.*, 1953, *17*, 213-216.

Peek, R. M., and Quast, W. *A Scoring System for the Bender-Gestalt Test.* Hastings, Minnesota: Roland M. Peek, 1951.

Piaget, J. *The Psychology of Intelligence.* London: Routledge, Kegan Paul, 1950.

Rapaport, D. *Organization and Pathology of Thought.* New York: Columbia Univ. Press, 1951.

Research Report ±43. *Identification and Vocational Training of the Institutionalized Deaf-Retarded Patient. The Diagnostic Study.* Lansing, Michigan: Dep't. of Mental Health, 1964.

Ross, N., and Schilder, P. Tachistoscopic experiments on the perception of the human figure. *J. Gen. Psychol.*, 1934, *10*, 152.

Schilder, P. Preface. In L. Bender. *A Visual Motor Gestalt Test and Its Clinical Use. Amer. Orthopsychiat.* Assoc. Res. Mong., Nº 3. New York: Amer. Orthosychiat. Assoc., 1938.

Schneirla, T. C. An evolutionary and developmental theory of biphasic processes underlying approach and withdrawal. In M. R. Jones, (Ed). *Nebraska Symposium on Motivation*, 1959. Lincoln, Nebraska: Univ. Nebraska Press, 1959.

Shapiro, D. *Neurotic Styles.* New York: Basic Books, 1965.

Solley, C. M., and Murphy, G. *Development of the Perceptual World.* New York: Basic Books, 1960.

Story, R. I. The revised Bender-Gestalt Test and male alcoholics. *J. Tech.*, 1960, *24*, 186-193.

Suczek, R. F., and Klopfer, W. G. Interpretation of the Bender-Gestalt Test: the associative value of the figures. *Amer. J. Orthopsychiat.* 1952, *22*, 62-75.

Sullivan, H. S. *The Interpersonal Theory of Psychiatry.* New York: Norton, 1953.

Suttell, B. J., and Pascal, G. R. "Regression" in schizophrenia as determined by performance on the Bender-Gestalt Test. *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1952, *47*, 653-657.

Taylor, J. R., and Schenke, L. W. The Bender-Gestalt Test and a measure of agression in children. *Proc. Iowa Acad. Sci.*, 1955, *62*, 426-432.

Tolor, A., and Schulberg, H. *An Evaluation of the Bender-Gestalt Test.* Springfield, Illinois: Charles C Thomas, 1963.

VonBékésy, G. *Sensory Inhibition.* Princeton, New Jersey: Princeton Univ. Press, 1967.

Werner, H. *Comparative Psychology of Development.* New York: Intern. Univ. Press, 1957.

Witkin, H. A., Dyk, R. B., Faterson, H. F., Goodenough, D. R., and Karp; S. A. *Psychological Differentiation.* Princeton, New Jersey. Princeton Univ. Press, 1967.

Wolff, W. *The Expression of Personality: Experimental Depth Psychology.* New York: Harper, 1943.